





دانشگاه علوم پزشکی قزوین

دانشکده پرستاری و مامایی

پایان نامه برای دریافت درجه

کارشناسی ارشد رشته پرستاری مراقبت‌های ویژه

عنوان

بررسی تاثیر پرستاری از راه دور بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا  
به فیبریلاسیون دهلیزی مراجعه کننده به مراکز درمانی دانشگاه

علوم پزشکی قزوین

استاد راهنما

دکتر لیلی یکه فلاح

اساتید مشاور:

اکرم شاه‌رخی

دکتر حمید رضا جوادی

دکتر اصغر محمد پور اصل

نگارش

مهدی نجفی

خرداد/۱۳۹۴

به نام او...

سپاس و ستایش خداوندی را سزااست که در دست‌هایمان بذر داشتن را رویانده و دیده را به نور دانستن و معرفت روشن گردانیده تا مرحله‌ای دیگر از مراحل علمی را پشت سر گذاریم و به اندوخته‌ی علمی خود بیافزاییم.

از استاد فرزانه‌ام سرکار خانم دکتر لیلی یکه فلاح بخاطر هدایت عالمانه و نظارت صبورانه‌شان که در نهایت علم و اخلاق در مراحل مختلف این پژوهش یاریگرم بودند، قدردانی می‌نمایم.

مراتب تقدیر و تشکر خود را از اساتید مشاور سرکار خانم اکرم شاهرخی، دکتر حمیدرضا جوادی و جناب آقای دکتر اصغر محمدپور اصل که مدیون راهنمایی هایشان می‌باشم اعلام می‌دارم. از کلیه اساتید گرانقدر گروه پرستاری که در دوران تحصیل از محضرشان کسب فیض نمودم تشکر می‌نمایم.

از کمک‌های بی‌دریغ پرسنل بخش اورژانس، قلب و درمانگاه بیمارستان بوعلی سینا و ولایت، کتابخانه، اداره آموزش، سایت رایانه و سرکار خانم طالبی تشکر می‌نمایم. از تمامی کسانی که روزهای زندگیم در کنارشان سپری شد، از بدی‌هایم گذشتند و از تلخی‌هایم با صبر و بردباری چشم پوشیدند و دعاهای صادقانه و پندهای امیدوارانه‌شان در روزهای سخت، دلگرم کننده وجود خسته‌ام بود، بی‌نهایت قدردانم و می‌گویم که دوستان دارم.

مهدی نجفی

تقدیم به دو وجود مقدس

آنان که ناتوان شدند تا من به توانایی برسم،

موهایشان سپید گشت تا من رو سپید شوم،

و عاشقانه سوختند تا روشنگر راهم باشند و گرما بخش وجودم،

پدر و مادرم.

## چکیده

**زمینه:** فیبریلاسیون دهلیزی یکی از شایعترین بی نظمی های قلبی پایدار می باشد و یک درصد جمعیت را درگیر می کند. طولانی بودن درمان علاوه بر آموزش، پیگیری مستمر را می طلبد که با روش های نوین پرستاری از جمله، پرستاری از راه دور، می توان به آن دست یافت.

**هدف:** مطالعه حاضر به منظور تعیین تاثیر پرستاری از راه دور بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به فیبریلاسیون دهلیزی مراجعه کننده به مراکز درمانی دانشگاه علوم پزشکی قزوین انجام شد.

**مواد و روش:** در این مطالعه مداخله ای ۱۰۰ بیمار مبتلا به فیبریلاسیون دهلیزی به روش نمونه گیری آسان وارد مطالعه شده ، و به صورت تصادفی ، در دو گروه مداخله و شاهد، قرار گرفتند . آموزش در مورد داروها، سطح فعالیت در هر دو گروه قبل از مداخله انجام گرفت . در گروه مداخله، ۱۲ هفته تماس تلفنی انجام شد. سطح کیفیت زندگی در هر دو گروه قبل و بعد از مداخله به وسیله فرم SF-36 ارزیابی شد. داده ها نرم افزار SPSS شماره ۲۰ با آزمون های آماری تی تست، کوواریانس ، ، مجذور کای، تی زوجی، تجزیه و تحلیل شدند .

**یافته ها:** میانگین نمره کیفیت زندگی در گروه مداخله قبل از مداخله  $64/88 \pm 10/8$  بوده که بعد از مداخله به  $76/14 \pm 9/2$  رسید که به طور معنی داری افزایش یافته بود و در گروه شاهد از  $62/6 \pm 9/7$  قبل از مداخله به  $60/05 \pm 6/95$  بعد از مداخله رسید که کاهش معنا داری داشت.

**نتیجه گیری:** با توجه به یافته ها ، به کارگیری پرستاری از راه دور می تواند سطح کیفیت زندگی بیماران را افزایش دهد و راه را برای پرستاری بهتر بیماران فراهم آورد.

**کلید واژه ها:** پرستاری از راه دور ، کیفیت زندگی، فیبریلاسیون دهلیزی

## فهرست مطالب:

عنوان	صفحه
-------	------

### فصل اول

زمینه پژوهش	۱۱
اهداف پژوهش	۱۳
هدف اصلی طرح	۱۳
اهداف فرعی	۱۳
اهداف کاربردی	۱۴
فرضیه پژوهش	۱۴
تعریف واژه ها	۱۵
جدول متغیر ها	۱۶

### فصل دوم

چارچوب پنداشتی پژوهش	۱۹
فیریلایسون دهلیزی	۱۹
پرستاری از راه دور	۲۶
کیفیت زندگی	۳۱
مروری بر متون	۳۵

### فصل سوم

مواد و روشها	۴۲
--------------	----

۴۲	..... جامعه مورد مطالعه
۴۲	..... محیط پژوهش
۴۲	..... نمونه پژوهش
۴۲	..... روش نمونه گیری
۴۲	..... حجم نمونه
۴۳	..... معیار های ورود و خروج
۴۴	..... روش اجرا و طراحی تحقیق
۴۴	..... ابزار جمع آوری داده ها
۴۵	..... روش جمع آوری داده ها
۴۶	..... تجزیه تحلیل داده ها
۴۷	..... ملاحظات اخلاقی

#### فصل چهارم

۵۰	..... یافته ها
----	----------------

#### فصل پنجم

۶۹	..... بحث
۷۷	..... نتیجه گیری
۷۷	..... محدودیت
۷۸	..... پیشنهادات
۷۹	..... منابع
۸۵	..... پیوست
۹۲	..... شناسنامه انگلیسی

## فهرست جداول و نمودارها

- جدول ۴-۱: مقایسه میانگین سن در دو گروه مورد بررسی ..... ۵۰
- جدول ۴-۲: مقایسه توزیع فراوانی افراد مورد بررسی بر حسب جنسیت در دو گروه ..... ۵۰
- جدول ۴-۳: مقایسه توزیع فراوانی افراد مورد بررسی بر حسب تاهل در دو گروه ..... ۵۲
- جدول ۴-۴: مقایسه توزیع فراوانی افراد مورد بررسی بر حسب شغل در دو گروه ..... ۵۲
- جدول ۴-۵: مقایسه توزیع فراوانی افراد مورد بررسی بر حسب تحصیلات در دو گروه ..... ۵۳
- جدول ۴-۶: مقایسه توزیع فراوانی افراد مورد بررسی بر حسب سابقه بستری به علت فیبریلاسیون دهلیزی در دو گروه ..... ۵۴
- جدول ۴-۷: مقایسه توزیع فراوانی افراد مورد بررسی بر حسب علت بیماری زمینه ای منجر به ایجاد فیبریلاسیون دهلیزی در دو گروه ..... ۵۴
- جدول ۴-۸: مقایسه میانگین نمره کیفیت زندگی در ابعاد مختلف دو گروه مورد بررسی ..... ۵۵
- جدول ۴-۹: مقایسه میانگین نمره کیفیت زندگی در دو گروه مورد بررسی ..... ۵۶
- نمودار ۴-۱: مقایسه میانگین نمره کیفیت زندگی در دو گروه مورد بررسی ..... ۵۷
- جدول ۴-۱۰: مقایسه میانگین نمره سلامت عمومی در دو گروه مورد بررسی ..... ۵۷
- نمودار ۴-۲: مقایسه میانگین نمره سلامت عمومی در دو گروه مورد بررسی ..... ۵۸
- جدول ۴-۱۱: مقایسه میانگین نمره ایفای نقش در دو گروه مورد بررسی ..... ۵۹
- نمودار ۴-۳: مقایسه میانگین نمره ایفای نقش در دو گروه مورد بررسی ..... ۶۰
- جدول ۴-۱۲: مقایسه میانگین نمره نقش جسمانی در دو گروه مورد بررسی ..... ۶۰
- نمودار ۴-۴: مقایسه میانگین نمره نقش جسمانی در دو گروه مورد بررسی ..... ۶۱



جدول ۴-۱۳: مقایسه میانگین نمره سلامت روانی در دو گروه مورد بررسی..... ۶۱

نمودار ۴-۵: مقایسه میانگین نمره سلامت روانی در دو گروه مورد بررسی..... ۶۲

جدول ۴-۱۴: مقایسه میانگین نمره عملکرد اجتماعی در دو گروه مورد بررسی..... ۶۴

نمودار ۴-۶: مقایسه میانگین نمره عملکرد اجتماعی در دو گروه مورد بررسی..... ۶۵

جدول ۴-۱۵ : مقایسه میانگین نمره درد بدنی در دو گروه مورد بررسی..... ۶۵

نمودار ۴-۷: مقایسه میانگین نمره درد بدنی در دو گروه مورد بررسی..... ۶۵

جدول ۴-۱۶ : مقایسه میانگین نمره نیرو در دو گروه مورد بررسی..... ۶۶

نمودار ۴-۸ : مقایسه میانگین نمره نیرو در دو گروه مورد بررسی..... ۶۶

جدول ۴-۱۷ : مقایسه میانگین نمره عملکرد جسمانی در دو گروه مورد بررسی..... ۶۷

نمودار ۴-۹ : مقایسه میانگین نمره عملکرد جسمانی در دو گروه مورد بررسی..... ۶۸

## فصل اول

زمینه، اهداف، فرضیات

## زمینه :

فیبریلاسیون دهلیزی یکی از شایعترین بی نظمی های قلبی پایدار است [۱-۲]. فعالیت دهلیز کاملاً نامنظم می باشد و سیکل های چرخشی متعددی در حدود ۵۰۰ بار، ایجاد می کند [۳]. حدود ۲,۳ میلیون فرد آمریکایی به آن مبتلا می باشند. پیش بینی می شود در سال ۲۰۵۰ میلادی ۱۲,۱-۱۵,۹ میلیون نفر را مبتلا نماید. شیوع آن در افراد کمتر از ۴۵ سال ۰/۱ درصد و در افراد بالای ۸۰ سال ۹ درصد می باشد [۱]. هزینه مراقبت از بیماران مبتلا به فیبریلاسیون دهلیزی تقریباً پنج برابر بیشتر از سایر بیماران قلبی ، است [۱]. این اختلال ریتم به دلایل مختلفی مانند پر فشاری خون ، جراحی قلب و قفسه سینه، هیپرتیروئیدیسم ، بیماریهای مادرزادی قلب ، بیماریهای دریچه ای قلبی، اعتیاد به الکل، سندرم ولف پارکینسون وایت<sup>۱</sup>، میوکاردیت ، آمبولی ریه و...، بروز می کند [۴]. فیبریلاسیون دهلیزی مهمترین پیشگویی کننده برای سکتة مغزی و مرگ و میر است [۵]. در صورت عدم کنترل و درمان باعث تپش قلب شدید، تغییر وضعیت گردش خون، سنکوپ، ایجاد لخته و حوادث ترومبوآمبولیک می گردد [۶]. با توجه به اینکه یک درصد جامعه را این بیماری درگیر نموده و با افزایش سن، شیوع آن افزایش می یابد، طولانی بودن روند درمان آن، پیگیری با هدف برقراری و ایجاد یک رابطه مراقبتی مستمر و پویا انجام می پذیرد که بهبود کیفیت زندگی بیماران و کاهش عوارض بیماری و ارتقای سطح سلامت را، در پی دارد [۷-۸].

یکی از روش های پیگیری ، پرستاری از راه دور می باشد. پرستاری از راه دور یعنی به کار بردن فرآیند پرستاری در ارائه مراقبت ، از طریق استفاده از تلفن و یا فن آوری اطلاعات

---

<sup>1</sup> Wolf Parkinson wite syndrom

می باشد [۹]. از بین وسایل ارتباطی مورد استفاده در پرستاری از راه دور، تلفن به عنوان وسیله ای که در دسترس اکثریت مردم جامعه است و در فرهنگ های مختلف به صورت فزاینده ای مورد استفاده قرار می گیرد ، روشی آسان و مقرون به صرفه است [ و باعث افزایش دسترسی به خدمات سلامتی به خصوص برای افرادی که در روستا زندگی می کنند و یا وضعیت سلامتی مختل دارند، می شود. همچنین باعث کاهش حضور غیر ضروری در بخش اورژانس و مطب پزشکان می شود و دسترسی به آموزش مداوم در هر نقطه را فراهم می آورد [۱۱].

امی براندون و همکاران<sup>۱</sup> (۲۰۰۹) اذعان داشتند که استفاده از پرستاری از راه دور باعث بهبود برآیند مراقبتی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی می شود [۱۲]. نلما شرور و همکاران<sup>۲</sup> (۲۰۰۷) توانمند سازی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی را با استفاده از پرستاری از راه دور مورد بررسی قرار دادند [۱۳]. که نتایج نشان داد، پرستاری از راه دور، باعث ارتقاء کیفیت خود مراقبتی و کیفیت زندگی در بیماران ، می شود. پیچ و همکاران<sup>۳</sup> (۲۰۰۵) اذعان داشتند که استفاده از پرستاری از راه دور بر هزینه و تسهیل دسترسی به مراقبت ها موثر است و باعث بهبود رابطه بین بیمار و ارائه دهنده گان مراقبت و همچنین حذف موانع مربوط به زمان و مکان می شود [۱۴]. با توجه به مزمن بودن بیماری فیبریلاسیون دهلیزی [۱۱] و تاثیر آن بر روی کیفیت زندگی، پژوهشگر بر آن شد، پژوهشی با هدف تاثیر پرستاری از راه دور، بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به فیبریلاسیون دهلیزی مراجعه کننده به مراکز آموزشی درمانی دانشگاه علوم پزشکی شهر قزوین، انجام دهد.

---

1 Brondon et al

<sup>2</sup>Sharor et al

<sup>3</sup>Pech et al

## اهداف و فرضیات :

### الف-هدف اصلی طرح (General Objective):

تعیین تاثیر پرستاری از راه دور، بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به، فیبریلاسیون دهلیزی مراجعه کننده به مراکز آموزشی درمانی دانشگاه علوم پزشکی شهر قزوین.

### ب-اهداف فرعی (Specific Objectives):

۱-تعیین کیفیت زندگی بیماران مبتلا به فیبریلاسیون دهلیزی در بعد سلامت عمومی در گروه مداخله و شاهد، قبل و بعداز مداخله.

۲-تعیین کیفیت زندگی بیماران مبتلا به فیبریلاسیون دهلیزی در بعد سلامت روانی در گروه مداخله و شاهد، قبل و بعداز مداخله.

۳- تعیین کیفیت زندگی بیماران مبتلا به فیبریلاسیون دهلیزی در بعد عملکرد جسمانی در گروه مداخله و شاهد، قبل و بعداز مداخله.

۴-تعیین کیفیت زندگی بیماران مبتلا به فیبریلاسیون دهلیزی در بعد درد بدنی در گروه مداخله و شاهد، قبل و بعداز مداخله.

۵-تعیین کیفیت زندگی بیماران مبتلا به فیبریلاسیون دهلیزی در بعد عملکرد اجتماعی در گروه مداخله و شاهد، قبل و بعداز مداخله.

۶- تعیین کیفیت زندگی بیماران مبتلا به فیبریلاسیون دهلیزی در بعد ایفای نقش در گروه مداخله و شاهد، قبل و بعد از مداخله

۷- تعیین کیفیت زندگی بیماران مبتلا به فیبریلاسیون دهلیزی در بعد نیرو و انرژی در گروه مداخله و شاهد، قبل و بعد از مداخله.

۸- تعیین کیفیت زندگی بیماران مبتلا به فیبریلاسیون دهلیزی در بعد نقش جسمی در گروه مداخله و شاهد، قبل و بعد از مداخله.

۹- مقایسه کیفیت زندگی (در ابعاد هشتگانه) قبل و بعد از مداخله در گروه مداخله.

۱۰- مقایسه کیفیت زندگی (در ابعاد هشتگانه) قبل و بعد از مداخله در گروه شاهد.

۱۱- مقایسه نمره کیفیت زندگی در دو گروه شاهد و مداخله، قبل و بعد از مداخله.

#### ج-اهداف کاربردی (Applied Objectives):

نتایج این پژوهش می تواند در جهت تدوین راهکارهایی آسان و ارزان ، که کاهش وقت و هزینه رفت و آمد بیماران به مراکز درمانی را به دنبال دارد، به کار گرفته شود تا از این طریق امکان اجرای برنامه های آموزش به بیمار و تسهیل دسترسی بیماران و مراقبین آنها به آموزش مداوم در هر نقطه و هر زمان را فراهم نماید. نتایج این پژوهش می تواند توسط اداره پرستاری دانشگاه، در راستای تدوین پروتکل های مراقبتی، در بیمارستان های تابعه ،مورد استفاده قرار گیرد.

#### د-فرضیه های (Hypothesis) پژوهش:

پرستاری از راه دور باعث ارتقاء کیفیت زندگی ، در ابعاد جسمی ، روحی واجتماعی بیماران مبتلا به فیبریلاسیون دهلیزی ، می شود.

**تعریف واژه ها :**

**کیفیت زندگی:**

**تعریف نظری:**

کیفیت زندگی به عنوان درک افراد از موقعیت خویش در زندگی ،که براساس فرهنگ و سیستم ارزشی که در آن زندگی می کنند ،تعریف می شود .این درک در ارتباط با اهداف ،معیارها و علایق فرد می باشد[۱۵-۱۶].

**تعریف عملی:**

منظور از کیفیت زندگی در این پژوهش ،نمره ای که واحد های پژوهش از پرسشنامه کیفیت زندگی SF-36 کسب می کنند. این پرسشنامه مشتمل بر هشت بعد است که امتیاز بالاتر کسب شده ،بیانگر کیفیت زندگی بالاتر می باشد.

**پرستاری از راه دور ( تله نرسینگ )<sup>۱</sup>**

**تعریف نظری:**

پرستاری از راه دور یعنی، به کار بردن فرایند پرستاری در ارائه مراقبت از طریق استفاده از تلفن و یا فن آوری اطلاعات می باشد[۹].

**تعریف عملی :**

---

<sup>1</sup>Telenursing

ارتباط با بیمار، با استفاده از تلفن و موبایل ، در بازه زمانی ۱۲ هفته ، که هفته ای یکبار با بیمار تماس برقرار نموده و به سوالات بیمار پاسخ داده و در صورت نیاز آموزش داده شده در شروع مطالعه را یادآوری می نماییم.

### جدول متغیر ها:

عنوان متغیر	عوامل زمینه ای	مستقل	وابسته	کمی		کیفی		تعریف علمی	مقیاس
				پیوسته	گسسته	اسم	رتبه ای		
کیفیت زندگی			*	*		ی		نمره ای که فرد از فرم کیفیت زندگی SF-36 کسب می کند (در رنج نمره ۰ تا ۱۰۰ که هر چه نمره بالاتر باشد کیفیت زندگی بهتر می باشد)	۰- ۱۰۰
پرستاری از راه دور		*				*		روشی که پرستار با استفاده از ابزار تلفن ثابت و موبایل جهت پیگیری و آموزش به	بله-خیر



									بیماران به کار می برد	
مدت ابتلا به فیبریلاسیون دهلیزی	*		*						زمانی که افراد به بیماری مبتلا می باشند	عدد
سابقه فیبریلاسیون دهلیزی	*		*							بله -خیر
تحصیلات	*		*						ثبت سطح تحصیلات بنا بر اظهارات بیمار	ابتدایی تا دکتری
سن	*		*		*				سن شناسنامه ای افراد	سال شمسی
جنس	*		*						مذکر یا مونث بودن	زن – مرد
وضعیت تاهل	*		*						ثبت شناسنامه ای	بله-خیر
داروها مصرفی	*		*						داروهایی که بیمار مصرف می نماید	نام دارویی
شغل	*		*						کار ی که افراد برای کسب معیشت خود انجام می دهند	

## فصل دوم

داشتنی های موجود در مورد عنوان پژوهش

## ۲-۱ چارچوب پنداشتی پژوهش :

کلید واژه های موجود در این پژوهش که تحقیق بر پایه آنها استوار است شامل فیبریلاسیون دهلیزی ، پرستاری از راه دور و مفهوم کیفیت زندگی است. در ادامه هر یک از کلید واژه ها به صورت مفصل تر مورد بررسی ، قرار می گیرد.

## ۲-۱-۱ فیبریلاسیون دهلیزی:

فیبریلاسیون دهلیزی شایع ترین بی نظمی ریتم قلبی است. میزان بروز آن با افزایش سن افزایش می یابد. این مشکل حدود ۱٪ از افراد زیر ۶۰ سال و ۹٪ از بیماران بالای ۸۰ سال را مبتلا می سازد [۱]. فیبریلاسیون دهلیزی، به صورت یک تاکی آریتمی فوق بطنی، تعریف می گردد، که با فعالیت دهلیزی، به صورت هماهنگ و متعاقب آن ، عملکرد نا مناسب مکانیکی دهلیز، مشخص می شود [۷]. یافته های موجود در نوار قلب عبارتند از: جایگزینی امواج p طبیعی و یک شکل با امواج نواسان کننده یا لرزشی با اندازه ها، دامنه ها و زمان بندی های متفاوت. کمپلکس QRS، همچنان باریک می ماند، مگر آنکه اختلالات هدایتی دیگری هم ، وجود داشته باشد. پاسخ بطنی اغلب سریع و بین ۹۰-۱۷۰ ضربه در دقیقه است. فیبریلاسیون دهلیزی منشا ناتوانی و مرگ و میر قابل ملاحظه است [۴-۱۰]. زیرا عملکرد قلب را ، مختل می کند و خطر سکته مغزی را افزایش می دهد. هزینه مراقبت از بیماران مبتلا به فیبریلاسیون دهلیزی تقریباً پنج برابر بیشتر از بیماران غیر مبتلا به آن است. فیبریلاسیون دهلیزی یک عامل خطر مستقل برای مرگ و میر به شمار می آید و نیز می تواند منجر به ایجاد یا تشدید نارسایی قلب و افزایش میزان مرگ و میر در بیمارانی شود که به انفارکتوس میوکارد، دچار می گردند [۱].

## ۲-۱-۲ تعریف

انواع مختلف فیبریلاسیون دهلیزی به انواع مختلفی تقسیم می شود<sup>۱</sup>-حمله ای<sup>۲</sup>-مزمن<sup>۳</sup>-مقاوم<sup>۴</sup>

۴-منفرد<sup>۴</sup> تقسیم می شود. در نوع حمله ای دیس ریتمی کمتر از ۷ روز طول می کشد، معمولاً ۲۴ ساعت و بعد ریتم بر می گردد. در نوع مقاوم بیشتر از ۷ روز به طول می انجامد و اغلب نیاز به کاردیوورژن دارد و در نوع مزمن فیبریلاسیون دهلیزی، دیگر به درمان ها، جواب نمی دهد و دیس ریتمی پایدار وجود خواهد داشت [۱]. از نظر پیش آگهی، میزان ناتوانی، مرگ و میر و گزینه های درمانی، با یکدیگر متفاوتند. به عنوان مثال، فیبریلاسیون دهلیزی دریچه ای- که بر اثر تغییرات ساختاری در دریچه میترال یا بیماری قلبی مادرزادی ایجاد می شود بالاترین خطر سکته مغزی را دارد. (۱۷ برابر جمعیت عمومی و پنج برابر خطر سکته مغزی در فیبریلاسیون دهلیزی غیر دریچه ای). فیبریلاسیون دهلیزی ثانویه بر اثر یک بیماری زمینه ای مثل جراحی قلب یا قفسه سینه، ایجاد می شود. این وضعیت معمولاً خود محدود شونده است اما در صورتی که باقی بماند، باید تحت درمان جدی، قرار بگیرد زیرا خطر سکته مغزی را افزایش می دهد. فیبریلاسیون دهلیزی تنها (فیبریلاسیونی که بدون هیچ علت مشخصی ایجاد شود) در بیماران زیر ۶۰ سال رخ می دهد که هیچ گونه بیماری قلبی زمینه ای یا علت قابل شناسایی دیگری ندارند. پیش آگهی در مبتلایان به فیبریلاسیون دهلیزی تنها، بسیار خوب است. فیبریلاسیون دهلیزی حمله ای به حملات فیبریلاسیون دهلیزی راجعه ای گفته می شود که خود به خود خاتمه می یابد. و کمتر از ۷ روز به طول می انجامد. فیبریلاسیون دهلیزی مزمن، مداوم است

---

<sup>1</sup>Paroxysmal

<sup>2</sup>Permanent

<sup>3</sup>Persistent

<sup>4</sup>Alone

با کاردیوورژن به ریتم سینوسی طبیعی بر نمی گردد. فیبریلاسیون دهلیزی پایدار، خود به خود خاتمه نمی یابد اما ممکن است با کاردیوورژن الکتریکی یا دارویی، برطرف شود [۱۸].

## ۲-۱-۳ پاتوفیزیولوژی

دو مکانیسم برای تحریک و حفظ فیبریلاسیون دهلیزی شناسایی شده اند: خودمختاری تقویت شده در یک یا بیش از یک کانون دپلاریزان، و ورود مجدد در یک یا بیش از یک مدار نابجا. اگر چنین حالتی پایدار بماند، فیبریلاسیون دهلیزی می تواند باعث تغییر دهلیز شود که با موارد زیر مشخص می گردد: فیبروز لکه ای، رسوب غیر طبیعی و بیش از حد کلاژن، ارتشاح چربی در گره سینوسی -دهلیزی، تغییرات مولکولی در کانال های یونی، تغییر در دپلاریزاسیون و مصرف انرژی سلولی. تغییر مزمن منجر به بزرگی غیر قابل برگشت دهلیز می شود. هرچه قلب طولانی تر در وضعیت فیبریلاسیون دهلیزی بماند، بازگرداندن ریتم سینوسی طبیعی دشوارتر است. پس از رسیدن به یک نقطه بحرانی، حمله های فیبریلاسیون دهلیزی پیوسته و پایدار می شود [۷].

## ۲-۱-۴ تظاهرات بالینی

فیبریلاسیون دهلیزی طیف وسیعی از تظاهرات بالینی دارد. برخی از این بیماران ممکن است بی علامت باشند. سایرین ممکن است با سکته مغزی، نارسایی شدید قلبی یا کلاپس قلبی -عروقی، مراجعه کنند. این بیماران بیش از همه تپش قلب، تنگی نفس، خستگی، احساس سبکی سر و درد قفسه سینه دارند. از آنجایی که این علائم غیر اختصاصی است، از آنها نمی توان به منظور تشخیص یا تعیین شروع فیبریلاسیون دهلیزی استفاده کرد. در صورتی که نوار قلب، فیبریلاسیون دهلیزی را نشان ندهد ولی هنوز شکی قوی به آن، وجود داشته باشد، ممکن است برای اثبات دیس ریتمی به پایش وقایع قلبی یا هولتر، نیاز باشد [۷].

## ۲-۱-۵ ارزیابی

اولین هدف، عبارت است از تعیین وضعیت قلبی بیمار و ثابت کردن سریع وضعیت قلبی بیمار. در صورتی که بیمار به دلیل کم فشاری خون، ادامه ایسکمی، نارسایی شدید قلب یا وقایع عروقی مغز ناپایدار باشد، کاردیوورژن الکتریکی اورژانس ضرورت دارد. در صورتی که بیمار به لحاظ بالینی پایدار باشد، اخذ شرح حال، معاینه فیزیکی و آزمونهای تشخیصی باید بر علل، محرکها و بیمار یهای همراه احتمالی تمرکز داشته باشند. آزمونهای استاندارد مورد استفاده برای ارزیابی عملکرد قلب و شناسایی بیمار یهای شایع همزمان عبارتند از: نوار قلب، شمارش کامل سلولهای خون، ارزیابی کامل متابولیک، اندازه گیری هورمون محرک تیروئید، پرتو نگاری قفسه سینه و اکوکاردیوگرافی. اکوکاردیوگرافی اطلاعاتی را در مورد اندازه قلب، اندازه حفرات آن، آناتومی و عملکرد دریچه ها، اختلالات حرکت دیوار ه ها، عملکرد سیستولی و دیاستولی و بیمار یهای پریکارد به دست می دهد. اگر شک بالینی به ایسکمی میوکارد وجود داشته باشد، سطح تروپونین و ایزوآنزیم کراتین کیناز باید بررسی شود. برخی از بیماران ممکن است به آزمون های اضافی از قبیل آزمون ورزش و بررسی های الکتروفیزیولوژی نیاز داشته باشند [۱-۴].

## ۲-۱-۶ درمان

درمان فیبریلاسیون دهلیزی بر دو نوع است:

۱- کنترل ریتم

۲- کنترل ضربان

تحقیقات نشان داده ایجاد وقایع ترمبوآمبولیک در درمان بیماران فیبریلاسیون دهلیزی با دو روش درمان ریتم و ضربان، میزان مشابهی دارد و به درمان ضد انعقاد برای پیشگیری از سکتة مغزی، نیاز دارند. عوارض قلبی-عروقی و دارویی درمان با روش کنترل ریتم، در مقایسه با روش درمان کنترل ضربان، از میزان بالاتری برخوردار می باشد. بنابراین در اکثر بیماران، کنترل ضربان، توصیه می شود. کنترل

ریتم در مواقعی به عنوان یک گزینه مطرح است که کنترل ضربان، ناموفق باشد یا علایم با وجود کنترل ضربان، باقی بمانند [۱-۴-۷-۱۰].

## ۲-۱-۷ کنترل ریتم

کاردیوورژن به منظور بازگرداندن ریتم طبیعی سینوس را می توان به صورت دارویی یا الکتریکی، انجام داد. درمان ضد انعقاد پیش و پس از کاردیوورژن در هر دو راهبرد، توصیه می شود تا از ترومبوآمبولی پیشگیری شود. راهکارهای موجود، شروع درمان ضد انعقاد را از سه هفته قبل از کاردیوورژن تا چهار هفته پس از آن، توصیه میکنند زیرا لخته حتی ۴۸ ساعت پس از شروع فیبریلاسیون دهلیزی می تواند تشکیل شود و نیز این که عملکرد دهلیز بلافاصله پس از کاردیوورژن به ریتم سینوسی طبیعی، به حالت طبیعی باز نمی گردد. دهلیز اغلب دچار استاز می شود و در صورت عدم استفاده از وارفارین، خطر سکتة مغزی برای چند هفته بالاست. کاردیوورژن دارویی و حفظ ریتم سینوسی طبیعی با این روش دشوار است زیرا اثربخشی داروها در طولانی مدت محدود است، خطر تحریک آریتمی های بطنی وجود دارد، و در صورت مصرف طولانی مدت داروها، خطر عوارض جانبی وجود دارد. [۱] داروهایی که به طور شایع برای کاردیوورژن استفاده می شوند عبارتند از: ایبوتیلید، فلکائینید، دافتیلید، سوتالول، پروپافنون و آمیودارون. سایر داروها از قبیل کینیدین، پروکائین آمید و دیژوپیرامید به دلیل عوارض جانبی به ندرت استفاده می شوند. ثابت شده که دروندارون که یک مشتق بدون ید از آمیودارون است، بدون داشتن عوارض جانبی جدی مصرف آمیودارون در طولانی مدت، فیبریلاسیون دهلیزی را کاهش میدهد اما همچنان نگرانی هایی در مورد بی خطری آن در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی شدید وجود دارد. انتخاب بین این داروها بستگی به سوابق قلبی بیمار دارد. به عنوان مثال فلکائینید و پروپافنون در افراد بدون بیماری قلبی یا دارای بیماری قلبی حداقل با حفظ عملکرد سیستمی بطن چپ ارجح هستند در حالی که آمیودارون و دافتیلید در بیماران مبتلا به نارسایی قلب ارجحیت دارند. در مبتلایان به فیبریلاسیون دهلیزی حمله ای می توان از رویکرد «قرص

درجیب « با فلکایینید یا پروپافنون استفاده کرد؛ به این صورت که هر وقت فیبریلاسیون دهلیزی شروع شد، یک قرص بخورند. این روش غالبا درتبدیل ریتم به حالت طبیعی موثر است و جلوی نیاز به مصرف طولانی مدت داروهای ضد آریتمی را می گیرد [۱-۷-۱۸].

## ۸-۱-۲ کنترل ضربان

کاهش پاسخ ضربانی بطنها که به آن کنترل ضربان می گوئیم، پرشدگی دیاستولی و خونرسانی کرونر را بهبود می بخشد، تقاضای انرژی در میوکارد را کاهش می دهد، و از کاردیومیوپاتی با واسطه تاکی کاردی پیشگیری می کند. راهکارهای فعلی میزان پاسخ بطنی هدف را در حالت استراحت کمتر از ۸۰ ضربه در دقیقه و در حال فعالیت کمتر از ۱۱۰ ضربه در دقیقه توصیه کرده اند [۱۸]. بتا بلوکرها (مثل متوپرولول، اسمولول و پروپرانولول) و بلوکرهای غیرهیدروپیریدینی کانال کلسیم (مثل دیلتیازم و وراپامیل) غالبا برای کنترل ضربان مورد استفاده قرار می گیرند. به طور کلی بتابلوکرها داروهای خط اول هستند. دیگوکسین دیگر یک داروی خط اول برای فیبریلاسیون دهلیزی به شمارمی آید زیرا مطالعات نشان داده اند که در حین فعالیت اثر اندکی دارد. با این حال از آن می توان در همراهی با بتا بلوکرها یا بلوکرهای کانال کلسیم استفاده کرد. آهسته کردن ضربان بطنی به وسیله دیگوکسین عمدتا از طریق تقویت تون واگ صورت می گیرد [۱-۴].

## ۹-۱-۲ درمان ضد انعقاد

در بیماران مبتلا به فیبریلاسیون دهلیزی خطر تخمینی سکته مغزی بدون درمان ضد انعقاد ۵ درصد در هر سال است. فیبریلاسیون دهلیزی حمله ای و مزمن در صورت درمان کنترل ضربان یا کنترل ریتم، به درمان ضد انعقادی طولانی مدت نیاز دارند مگر آن که خطرات مصرف ضد انعقاد از منافع آن بیشتر باشد. وارفارین، آسپیرین و کلوپیدوگرل شایعترین داروهای خوراکی ضد انعقاد مورد استفاده هستند. کارآزمایی های متعدد نشان داده اند که وارفارین موثرتر از آسپیرین است اما خطر بیشتری از نظر خونریزی دارد؛ وارفارین به آسپیرین به اضافه کلوپیدوگرل ارجح است در حالی که خطر خونریزی



مشابه این ترکیب دارد؛ و این که از افزودن آسپیرین با دوز کامل به وارفارین باید اجتناب کرد زیرا خطر خونریزی را، افزایش می دهد [۴-۱۸].

داده های تجمعی حاصل از پنج کارآزمایی تصادفی شده شاهددار نشان داد که استفاده از وارفارین خطر سکته مغزی را در حدود ۶۸ کاهش میدهد؛ در حالی که داده های حاصل از ۳ کارآزمایی تصادفی شاهددار نشان دهنده کاهش خطر سکته مغزی با آسپیرین در حدود ۲۱ بود. وارفارین به این علتها، چالشهای قابل ملاحظه ای را، ایجاد میکند: طیف درمانی محدود، نیاز به پایش مکرر، تداخلات متعدد با داروها و غذاها و خطر خونریزی. دوز وارفارین باید به نحوی تعدیل شود که نسبت همسان شده بین المللی هدف (INR) بین ۲-۳ حاصل گردد INR کمتر از ۱/۸ خطر سکته مغزی را ۲ برابر می کند در حالی که INR بیشتر از ۵/۳ با وجود آن که سود اضافه ای به بیمار نمی رساند، خطر خونریزی را افزایش می دهد. کنتراندیکاسیون های درمان با وارفارین: بیماری کبدی شدید، تروما یا جراحی اخیر و خونریزی فعال. با بالا رفتن سن بیمار خطر بروز وقایع ترومبوآمبولیک و نیز خطر عوارض جانبی درمان ضد انعقادی افزایش می یابد. برقرار کردن توازن بین این خطرات، کلید بهینه سازی پیامدها است. تصمیم گیری در مورد استفاده از وارفارین یا آسپیرین در بیماران سالمند و افراد در معرض خطر خونریزی چالش برانگیز است. شاخص خطر خونریزی سرپایی چهار عامل خطر را (هر کدام با یک امتیاز) دربرمی گیرد: سن بیشتر از ۶۵ سال، سابقه سکته مغزی، سابقه خونریزی گوارشی، یک یا بیش از یکی از این موارد، انفارکتوس میوکارد اخیر، کم خونی شدید (سطح هماتوکریت کمتر از ۳۰)، دیابت، یا اختلال کلیوی (سطح کراتینین سرم بیش از ۵/۱ میلی گرم در دسی لیتر). امتیاز صفر کم خطر، امتیاز ۱ یا ۲ خطر متوسط و امتیاز ۳ یا ۴ خطر بالا محسوب می شود [۱۸].

## ۲-۱-۱۰ درمان های جراحی

دو درمان جراحی برای فیبریلاسیون دهلیزی وجود دارد: جدا کردن و قطع کردن مسیرهای هدایت غیر طبیعی در دهلیز و مسدود کردن گوشک دهلیز چپ. روش ماز<sup>۱</sup> شروع و انتقال فعالیت الکتریکی از کانون های مولد آریتمی را قطع می کند. برای این کار برش هایی در هر دو دهلیز داده می شود تا درعین حفظ فعالیت فیزیولوژیک دهلیز، مدارهای متعدد ورود مجدد جدا و قطع گردند. علت مسدود کردن گوشک دهلیز چپ این است که بیش از ۹۰ درصد لخته ها در این ناحیه تشکیل می شوند. این مسدود کردن در صورت موفقیت باعث کاهش خطر سکتة مغزی می گردد و به صورت بالقوه فرد را از درمان طولانی مدت با ضد انعقادها بی نیاز می سازد. داده های اولیه درمورد مسدود کردن گوشک دهلیز چپ از طریق پوست امیدبخش بود ه اند، اما داده های اندکی از پیگیری طولانی مدت این بیماران وجود دارد. مسدود کردن مستقیم گوشک دهلیز چپ یک گزینه موجود برای بیمارانی است که تحت جراحی دریچه ای به خصوص روی دریچه میترال قرار می گیرند [۱-۴-۷-۱۸].

## ۲-۱-۱۱ تخریب با کاتتر

کشف کانونهای خاصی که فیبریلاسیون دهلیزی را تحریک می کنند (به عنوان مثال نزدیک یا روی وریدهای ریوی، در محل کریستا ترمینالیس یا روی دهانه سینوس کرونر) باعث شده که پژوهش ها در زمینه روش های جراحی تخریبی، توسعه یابد. در سال ۲۰۰۹ یک مرور نظام مند روی ۶ کارآزمایی نشان داد که تخریب با کاتتر به عنوان درمان خط دوم در بیماران دارای بیماری قلبی حداقل (با میانگین سنی ۵۵ سال) برای تا ۱۲ ماه موثر است. یک مطالعه بعدی نشان داد که برای پیشگیری از عود در بیماران مبتلا به فیبریلاسیون دهلیزی راجعه، تخریب به صورت معنی داری موثرتر از درمان دارویی است. در حال حاضر درمان تخریبی یک گزینه خوب برای بیمارانی محسوب می شود که فیبریلاسیون دهلیزی حمله ای با اندازه طبیعی دهلیز چپ دارند [۱۸].

## ۲-۲-۱ پرستاری از راه دور (تله نرسینگ)

---

<sup>1</sup> Maze method

پرستاری از راه دور امکان آموزش از راه دور را، برای بیماران، فراهم می آورد. بیمار بعد از ترخیص، مسئول مراقبت از خود، در منزل می باشد. بسیاری از مشکلات مراقبت از خود به علت عدم برخورداری از آگاهی و مهارت لازم در حیطه های بهداشت، تغذیه، سبک زندگی نامناسب پدید می آیند که عدم آموزش و مشاوره بیماران و دسترسی نداشتن به مراکز راهنمایی و پاسخگویی، این مشکلات را تشدید می کند. بیمار بدون راهنمایی لازم نمی تواند به درمان مطلوب دست پیدا کند. پرستاری از راه دور امکان غلبه بر این مشکلات را فراهم می آورد. با استفاده از این تکنیک، در وقت بیماران صرفه جویی شده و این فرصت، صرف آموزش بیماران می شود کیفیت زندگی بیماران به علت دسترسی به اطلاعات ضروری و حیاتی در موقع لزوم افزایش می یابد. و به طور کلی پرستاری از راه دور، گزینه ای مناسب برای بهبود مراقبت از بیمار و مدیریت بیماری، می باشد [۲۰]

## ۲-۲-۲ تله نرسینگ:

"تله" پیشوندی به معنی در "فاصله دور" می باشد و در واژه هایی مانند "تله اسکپ"<sup>۱</sup> و "تله متری"<sup>۲</sup> به کار رفته است. این پیشوند با "اسکپ" یک معنای مشخص می دهد: وسیله ای که از طریق آن پدیده های دور از دسترس، دیده می شوند. اما "تله" در مراقبت سلامتی، معانی متفاوتی داشته و براساس آنچه در آن قرار می گیرد، معنا می شود. به طور مثال "تله متری" به یک فرایند، داده یا وسیله الکترونیکی که به اندازه گیری از راه دور و گزارش اطلاعات مورد علاقه مربوط می شود، اطلاق می گردد. واژه های "پرستاری از راه دور" و "پزشکی از راه دور"<sup>۴</sup>، مراقبت بهداشتی از راه دور" در مطالعات گذشته، به جای هم به کار برده می شدند [۱۱].

---

<sup>۱</sup> Telescope  
<sup>۲</sup> Telemetry  
<sup>۳</sup> Telenursing  
<sup>۴</sup> Telemedicine  
<sup>۵</sup> Telehealth

ارتباط از راه دور<sup>۱</sup> بکارگیری اطلاعات الکترونیکی و فن آوری های ارتباط از راه دور برای حمایت از مراقبت سلامتی بالینی از فاصله دور، آموزش به بیمار، مدیریت سلامتی و سلامت عمومی است. پزشکی از راه دور: به صورت فعالیت ارائه مراقبت سلامتی، تشخیص، مشاوره، درمان، انتقال داده های پزشکی و آموزش با بکارگیری ارتباطات تعاملی صوتی، تصویری و داده ها تعریف می شود. انجمن پرستاران آمریکا پرستاری از راه دور را به عنوان زیرشاخه ای مراقبت بهداشت از راه دور تعریف کرده است که بر عملکرد حرفه ای ویژه ای به نام پرستاری، تمرکز دارد. همچنین بکارگیری فن آوری اطلاعات و ارتباط از راه دور برای تأمین خدمات پرستاری در مراقبت سلامتی زمانی که فاصله بین بیمار- پرستار یا هر یک از پرستاران زیاد است، می باشد و با توجه به حیطه آن، بخشی از مراقبت بهداشتی از راه دور است و ارتباطات زیادی با سایر موارد پزشکی و غیرپزشکی نظیر، تشخیص از راه دور<sup>۲</sup>، مانیتورینگ از راه دور<sup>۳</sup> و مشاوره از راه دور و ... دارد پس می توان پرستاری از راه دور را بکارگیری فن آوری برای ارائه مراقبت پرستاری و انجام عملکرد پرستاری دانست. اگر چه بکارگیری فن آوری، ارائه مراقبت پرستاری را متفاوت کرده است و ممکن است نیازمند قابلیت های مرتبط با کاربرد فن آوری باشد، اما فرایند پرستاری و هدف فعالیت در این حرفه تغییر نکرده است. پرستارانی که از پرستاری از راه دور استفاده می کنند، هنوز هم باید بررسی کرده، برنامه ریزی داشته، مداخله نموده و برآیندهای مراقبت پرستاری را ارزیابی کنند. بعلاوه فن آوری هایی نظیر اینترنت، رایانه، تلفن، ابزارهای بررسی دیجیتالی و تجهیزات مانیتورینگ از راه دور را هم به کار برند.

انجمن پرستاران کانادا (۲۰۰۱) عنوان کرده است بکارگیری فن آوری با فلسفه مراقبت سلامتی اولیه سازگار است و باید بخشی از سیستم مراقبت سلامتی جامع باشد که خدمات مراقبت سلامتی موجود را افزایش می دهد، اما جانشین آنها نمی باشد لازمه مراقبت بهداشتی از راه دور که شامل

---

<sup>۱</sup> Telecommunication

<sup>۲</sup> Telediagnosis

<sup>۳</sup> Telemonitoring

<sup>۴</sup> Teleconsultation

پرستاری از راه دور نیز می باشد داشتن دانش و مهارت های لازم برای تأمین مراقبت ایمن، شایسته، دلسوزانه و اخلاقی است، پس دانش ویژه، مهارت ها و آموزش اضافی برای فعالیت پرستاری از راه دور مورد لزوم است. فن آوری های مورد استفاده در پرستاری از راه دور عبارتند از: ۱. تلفن) ثابت، موبایل ۲. فاکس ۳. اینترنت ۴. کنفرانس صوتی / تصویری ۵. تله رادیولوژی [۱۸].

## ۲-۲-۳ کاربرد:

پرستاران، در بسیاری از مکان های فعالیت (درمانگاه، اورژانس، سرپایی و ...) از پرستاری از راه دور، استفاده می کنند. امروزه تله نرسینگ در موارد زیر به کار می رود: ۱- ارائه اطلاعات توسط پرستار تریاژ از طریق خدمات مرکز تلفن ۲- تأمین مراقبت از خود با پاسخ دادن به سئوالات به صورت تلفنی یا با ایمیل ۳- ارائه اطلاعات خاص در مورد بیماری، آموزش، مشاوره ۴- مشاوره از طریق کنفرانس صوتی / تصویری با بیماران. به طور مثال در روستا برای بیمار دارای بیماری های مزمن مانند نارسایی قلبی. ۵- بکارگیری دوربین در مشاوره ها برای انتقال تصاویر مرتبط با بیمار به سایر اعضای تیم مراقبت سلامتی. به طور مثال نشان دادن وضعیت زخم مزمن، تصاویر ضایعه پوست ۶- بررسی اطلاعات حیاتی بیمار نظیر الکتروکاردیوگرام از طریق انتقال الکترونیکی ۷- بکارگیری تجهیزات ویدیویی، کامپیوتری یا داده ها برای پایش وضعیت سلامتی بیماران ۸- پایش وضعیت سلامتی بیمار در منزل با تلفن ۹- کمک به مسافران در دستیابی به مراقبت سلامتی از راه دور ۱۰- کمک به بیماران جراحی شده از راه دور ۱۱- استفاده از ویدیو کنفرانس برای آموزش مداوم پرستاری ۱۲- ایجاد وب سایت هایی برای ارائه اطلاعات سلامتی و مشاوره در مسائلی نظیر ترک سیگار [۱۸].

## ۲-۲-۴ اصول تله نرسینگ:

۱. خدمات مراقبت سلامتی موجود را، تقویت کند ۲. در زمان نیاز دسترسی به خدمات فوری، مراقبت سلامتی ممکن باشد ۳. ارتقاء دهنده کیفیت مراقبت باشد ۴. کاهش دهنده خدمات سلامتی غیرضروری باشد ۵. رازداری، امنیت و محرمانه بودن اطلاعات را حفظ کند [۹].

## ۲-۲-۵ مزایای تله نرسینگ:

۱. افزایش دسترسی به خدمات سلامتی بخصوص برای افرادی که در روستا زندگی می کنند  
۲. وضعیت سلامتی مختل دارند ۳. کاهش زمان انتظار ۴. کاهش مراجعه غیرضروری به اورژانس و مطب  
پزشکان ۵. ایجاد توانایی در بیمار جهت ترک زودتر بیمارستان یا اقامت طولانی تر در منزل قبل  
از بستری شدن در بیمارستان ۶. احتمال کاهش هزینه های سفر عمومی و هزینه های حرفه ای  
تخصصی ۷. تأمین اطلاعات برای بیماران و در نتیجه تأمین نیازهای مراقبت سلامتی ۸. براساس گزارش  
بیماران: کاهش ایزوله بودن ۹. دسترسی به آموزش مداوم در هر نقطه و به صرفه بودن این آموزش ۱۰.  
عدم نیاز به سفر مدیران برای سخنرانی [۹].

## ۲-۲-۶ معایب تله نرسینگ :

۱. بررسی بیمار بدون داشتن تعامل فیزیکی و چهره به چهره که کیفیت مراقبت سلامتی را کاهش و  
احتمال خطر را افزایش می دهد ۲. کاهش درآمد موسسات مراقبت سلامتی به دلیل عدم مراجعه  
بیماران ۳. احتمال نقص و خرابی فن آوری ۴. افزایش خطرات مربوط به ثبت و امنیت و محرمانه بودن  
اطلاعات سلامتی ۵. خطر دور شدن پرستاران از فعالیت بالینی [۱۸] با توجه به مطالب گفته شده در  
مورد پرستاری از راه دور، پرستاران از طریق تلفن می توانند خط حمایتی خوبی جهت کنترل بیمار  
باشند [۱۹]. در بیماران مبتلا به بیماریهای مزمن، پیروی از رژیم درمانی عامل مهمی در کنترل بیماری و  
عوارض ناشی از آن است. دو راهبرد موثر در بهبود پیروی از رفتارهای بهداشتی و نتایج بالینی، شرکت در  
فرآیند درمان به صورت آموزش و پیگیری مداوم پیشرفت وی می باشد. با وجود اهمیت آموزش خود  
مراقبتی و پیگیری در بیماران مزمن، موانعی نیز در این راه وجود دارد، از جمله می توان موانع مربوط به  
بیمار و موانع مربوط به تیم سلامت را نام برد. بیشترین چالش بیماران در مشارکت با برنامه های خود  
مراقبتی، مشکلات مربوط به مسافت و حمل و نقل، سپس موانع روانی مانند انکار، اختلالات خلقی، اعتماد

به نفس پایین و غیره می باشد. بیشترین موانع ذکر شده از سوی تیم سلامت، شامل کمبود زمان، کمبود منابع حمایتی و دنبال نکردن برنامه ها، از سوی بیماران می باشد. پیگیری، به عنوان بخش مهمی از سرویس های مراقبتی، با هدف برقراری و ایجاد یک رابطه مراقبتی مستمر و پویا جهت افزایش آگاهی و تقویت عملکرد، ضروری می باشد. پیگیری منظم، به بیمار و خانواده کمک می کند تا در فرآیند درمان مشارکت فعال داشته و در کنترل بیماریهای مزمن موفق باشند. روش های پیگیری مراقبت می تواند به صورت مراجعه حضوری مددجو به مراکز ارائه خدمات، بازدید از منزل توسط ارائه دهندگان و یا استفاده از ارائه خدمات از راه دور باشد. پرستاری از راه دور، دسترسی به مراقبت های بهداشتی، پایش و آموزش را برای افراد دارای مشکلات مزمن تسهیل می نماید. آموزش به بیمار به عنوان وظیفه ای مهم و یکی از استاندارد های کیفیت مراقبت پرستاری به شمار می رود و تمام بیماران از حق دریافت آموزش در جهت حفظ سلامت، پیشگیری از بیماریها و ارتقاء سلامت خود برخوردارند [۲۰].

## ۲-۳-۱ کیفیت زندگی

### ۲-۳-۲ تعریف کیفیت زندگی

مفهوم کیفیت زندگی مفهومی وسیع بوده و به صورت پیچیده با سلامت جسمانی، وضعیت روانی-شناختی، میزان استقلال، روابط اجتماعی، باورهای شخصی و ارتباط فرد با محیط آمیخته است. کیفیت زندگی به طور وسیع، ارزیابی فرد از رفاه کلی خود می باشد و مرتبط با سلامت عملکرد جسمی و ذهنی بیمار را، شامل می شود کیفیت زندگی یک شخص، احساس فردی وی در حیطه های جسمی، روانی و اجتماعی است. و مجموعه ای از رفاه جسمی، روانی و اجتماعی (شادی، رضایت، افتخار، سلامتی، موفقیت های اقتصادی یا فرصت های آموزشی و خلاقیت) است که به وسیله شخص یا گروهی از افراد درک می شود [۱۶]. سازمان بهداشت جهانی آن را درک هر فرد از زندگی، ارزش ها، اهداف، استاندارد ها و علایق

تعریف کرده است [۲۴]. کیفیت زندگی به عنوان درک شخص از موقعیت زندگی، زمینه فرهنگی و سیستم های ارزشی که در آن زندگی می کند و در ارتباط با اهداف، انتظارات، استانداردها و نگرانی ها تعریف می شود [۲۲].

## ۲-۳-۳ تاریخچه کیفیت زندگی

برای اولین بار مفهوم کیفیت زندگی در فلسفه یونانی مطرح شد. تاریخچه پیدایش مفهوم کیفیت زندگی به دوران ارسطو در ۳۸۵ سال قبل از میلاد مسیح باز می گردد. در آن دوران ارسطو زندگی خوب یا خوب انجام دادن کارها را به معنی شاد بودن در نظر گرفته بود، لیکن در عین حال به تفاوت مفهوم شادی در افراد مختلف پرداخته است و ذکر نموده است سلامتی که باعث شادی در یک فرد می شود با ثروتی که فقری را شاد می کند یکسان نیست و به طور مشخص بیان نموده است که شادی نه تنها برای افراد مختلف مفهوم متفاوتی دارد بلکه برای یک فرد نیز در شرایط متفاوت معنی یکسانی نخواهد داشت. به هر حال در آن زمان شادی یا شادمانه زیستن معادل با آنچه که امروز کیفیت زندگی نام دارد تلقی می شود اما اصطلاح کیفیت زندگی تا قرن بیستم مورد استفاده قرار نگرفته بود به مرور زمان محققین متوجه شدند که کیفیت زندگی می تواند یکی از پیامدهای با اهمیت در ارزیابی های سلامت باشد، چنانچه تعریف سازمان بهداشت جهانی از سلامت نیز به این نکته تاکید دارد. کیفیت زندگی عبارتی است که بعد از جنگ جهانی دوم مطرح شد که رشد اقتصادی و بهبود در استاندارد های زندگی منجر به افزایش انتظارات مردم از رضایت و رفاه روانی گردید [۲۲]. مفهوم کیفیت زندگی از سال ۱۹۴۰ در تحقیقات پزشکی مانند سرطان شناسی مورد استفاده قرار گرفت تا کیفیت زندگی بیماران مورد اندازه گیری قرار گیرد. در سالهای بعد، این نوع پژوهشها در پزشکی مورد توجه قرار گرفت [۲۲]. در آمریکا در سال ۱۹۷۵، اولین تحقیق در مورد کیفیت زندگی و سلامت ذهنی بزرگسالان، منتشر گردید [۲۲].



در سال ۱۹۹۱ در آمریکا پرسشنامه SF-36 که یک ابزار سنجش عمومی کیفیت زندگی وابسته به سلامت است، ارائه شد. و برای جمعیت های عمومی، گروههای خاص و بیماران مختلف در سطح گسترده به کار رفت [۲۲].

## ۲-۳-۴ اهمیت کیفیت زندگی

زندگی خوب دستیابی به اهداف، انتظارات و رسیدن به حد مطلوب است. انسان ها از بدو پیدایش همواره به دنبال دستیابی به رفاه و آسایش بوده اند، اما با پیشرفت و ارتقای سطح بهداشت جوامع انسانی، توجه به مسائل ذهنی و عینی در مورد رفاه اهمیت زیادی پیدا کرده و واژه طول عمر و درمان در برابر کیفیت زندگی قرار گرفته است. با شروع قرن بیستم در اکثر کشور ها به خصوص کشورهای صنعتی، هم زمان با استفاده از اقدامات پیشگیری و درمان بیمار ها، تغییرات زیادی در مراقبت های بهداشتی، به منظور بهبود وضعیت سلامت و بهداشت، صورت گرفت که این تغییرات موجب افزایش متوسط طول عمر و ارتقای کیفیت زندگی مردم، شده است. امروزه مردم خواستار بهبود کیفیت زندگی هستند و از این رو دولت ها در سراسر جهان روز به روز بیشتر به بهبود کیفیت زندگی توجه دارند و می کوشند تا ابتلا به بیماری و مرگ را کاهش دهند و خدمات بهداشتی و تامین رفاه جسمی، روانی و اجتماعی مردم را ارتقای دهند. امروزه در جهان تغییراتی مانند پیر شدن جمعیت و افزایش افراد ناتوان به دلیل بیماری های مزمن و ترکیب آن با توسعه فناوری های پزشکی و افزایش آگاهی و دانش موجب افزایش نیاز به آگاهی درباره کیفیت زندگی شده است. تمایل به بررسی کیفیت زندگی به عنوان یکی از فرایندهای درمانی در طی دهه گذشته افزایش یافته است [۲۲].

## ۲-۳-۵ ابعاد کیفیت زندگی

با توجه به تعاریف ارائه شده، می توان گفت که اصولاً کیفیت زندگی مفهومی پیچیده و چند بعدی است. سازمان بهداشت جهانی شش حیطه وسیع را که توصیف کننده جنبه های اصلی کیفیت زندگی در فرهنگ های مختلف می باشد، شناسایی کرده است این شش حیطه شامل: حیطه جسمانی، روانی، میزان استقلال، روابط اجتماعی، محیط، مقدسات و عقاید شخصی می باشد. اغلب دانشمندان توافق دارند که مفهوم کیفیت زندگی همواره ۵ بعد زیر را در بر می گیرد: جسمی، روانی، اجتماعی، روحی، علائم مربوط به بیماری یا تغییرات مربوط به درمان [۲۳]. سلا<sup>۱</sup> ابعاد کیفیت زندگی را به صورت زیر تعریف می کند: رفاه عملکردی معمولاً به توانایی فرد برای انجام فعالیت های روزانه زندگی و مسئولیت های فردی اشاره می کند که با نقش اجتماعی اش در بین خانواده، دوستان و کار مرتبط است [۲۶].

فرل<sup>۲</sup> چهار بعد خوب بودن در بعد فیزیکی را شامل توانایی عملکردی، قدرت، خستگی، خواب، اشتها و... می دانست. خوب بودن در بعد روانی را شامل اضطراب، افسردگی لذت و تفریح، درد، شادی، ترس، توجه و تمرکز بیان نمود. دغدغه های اجتماعی را شامل نقش خانواده و جامعه، رابطه با اطرافیان، محبت، روابط جنسی و شکل ظاهری، ذکر نمود و در نهایت خوب بودن روحی را شامل رنج کشیدن، مذهب و... را برای کیفیت زندگی در نظر گرفته است [۲۲]. فرانز<sup>۳</sup> نیز چهار بعد تقریباً مشابه سلامت و عملکرد اجتماعی - اقتصادی، روحی - روانی و فامیلی شامل بچه ها، همسر و سلامت خانواده را جهت این مفهوم، بررسی و اثبات نموده است [۲۷]. وارو شربورن<sup>۴</sup> در سال ۱۹۹۱ هشت بعد عملکردی کیفیت زندگی را شامل عملکرد جسمی، نقش جسمی، درد بدنی، سلامت عمومی، سرزندگی، نقش عاطفی، سلامت ذهنی، عملکرد اجتماعی می داند و برای هر مورد یک امتیاز در نظر گرفته می شود و آن را در قالب فرم SF-36 طراحی نموده است [۳۵]. در سال ۱۹۹۲ طی یک پروژه چهار ساله، نمایندگان

---

<sup>1</sup> cella

<sup>2</sup> Ferrell

<sup>3</sup> Ferrans

<sup>4</sup> Ware and sherbourne

۱۵ کشور به استفاده از فرم کیفیت زندگی SF-36، در کشور های خود، پرداختند. در ایران نیز منتظری و همکاران (۲۰۰۵) و اسحاقی و همکاران (۲۰۰۶) فرم SF-36 را مورد استفاده قرار داده اند [۲۲].

## ۲-۳-۶ تاثیر بیماری ها بر کیفیت زندگی

از جمله اختلالاتی که به شدت بر سلامت و در نتیجه کیفیت زندگی افراد تاثیر می گذارد، بیماری های مزمن می باشند. بیماریهای مزمن بزرگترین مشکل سیستم های مراقبت بهداشتی می باشد. امروزه همزمان با رشد تکنولوژی و اطلاعات پزشکی، طول عمر انسان افزایش یافته است و بسیاری از بیماریهایی که در گذشته کشنده بوده اند، به شکل مزمن مشاهده می شوند. بیماری مزمن در هر گروه سنی، سطح اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی رخ می دهد. برای بیماران مبتلا به بیماری مزمن، معنی و ارزش کیفیت زندگی به طور ذهنی قضاوت می شود. به دلیل این فرایند ذهنی، فقط قضاوت هایی که شخص انجام می دهد ممکن است به وسیله سیستم ارزشی فردی، برچشم انداز ها و استانداردهای خود خواسته فردی موثر باشد. افراد مبتلا به بیماری مزمن نیازمند به آموزش، آموزش طولانی مدت، مشاهده، مراقبت و بازتوانی می باشند. استراسوس و همکاران<sup>۱</sup> (۱۹۸۴) مشکلات بیماران مبتلا به بیماریهای مزمن را این گونه بیان کرده اند: مداخلات بحرانی، کنترل نشانه ها، رژیم های طبی، مدیریت هزینه و پیشگیری از عوارض که ایشان اظهار نمودند که مشکلات فوق می توانند منجر به مشکلات روانی، روحی، اجتماعی و خانوادگی شوند، لذا تمرکز درمان بیماریهای مزمن باید بر تقویت عزت نفس ارتقای سازگاری اجتماعی فرد و خانواده، کاستن درد و ناامیدی و استیصال، تغییر جهت دهد. این نوع از مراقبت پرستاری بر اداره و حفظ سطح مطلوب عملکرد، با وجود ناتوانی پایدار، تمرکز می نماید [۲۵].

## ۲-۴ بررسی متون

---

<sup>1</sup> Strauss et al

۱- ونگ و همکاران<sup>۱</sup> (۲۰۱۰) مطالعه ای با عنوان ، " اثرات ویزیت منزل ، توسط ۲ پرستار ، همراه با پرستاری از راه دور ، بر روی تبعیت دارویی و کیفیت زندگی در مبتلایان به ایدز " در هانان چین انجام شد. هدف مطالعه بررسی اثرات ویزیت منزل و پرستاری از راه دور بر کیفیت زندگی ، تبعیت رژیم دارویی و میزان افسردگی ، در بین بیماران ایدزی مصرف کننده هروئین بود . نوع مطالعه نیمه تجربی بود و نمونه ها از ۱۱۶ شرکت کننده تحت درمان با ۳ داروی ضد ویروس ایدز ، انتخاب شدند که به طور تصادفی در ۲ گروه ۵۸ نفره شاهد و مداخله ، تقسیم شدند. در گروه مداخله ، ویزیت منزل توسط ۲ پرستار ، هر ۲ ماه یکبار ، صورت پذیرفت و ۸ ماه پیگیری از طریق تلفن هر ۲ هفته یکبار و در هر بار ۱۰-۲۰ دقیقه ، مکالمه انجام گرفت و در گروه شاهد فقط مراقبت های روتین ، انجام پذیرفت. از پرسشنامه برنامه اجتماعی برای تحقیقات بالینی بر روی ایدز و خود گزارش دهی برای تبعیت دارویی استفاده گردید. همچنین کیفیت زندگی بر اساس میزان های WHO<sup>۲</sup> و میزان افسردگی بر اساس جدول میزان افسردگی زونگ ، سنجیده شد. در پایان ۸ ماه ، شرکت کننده گان در گروه مداخله ، ۱۰۰٪ قرص ها را ، در زمان تعیین شده ، نسبت به گروه شاهد ، مصرف نمودند. همچنین اثرات قابل توجهی در افزایش کیفیت زندگی ، در ابعاد جسمی ، روانی و اجتماعی و همچنین بر میزان افسردگی آنان نسبت بر گروه شاهد داشته است . آنالیز با نرم افزار spss ۱۳ و با استفاده از روش های آماری تی تست و تی زوجی ، انجام گرفت [۲۸]. در این مطالعه ، پیگیری علاوه بر استفاده از تلفن ، از ویزیت در منزل توأم ، انجام پذیرفت که باید ۲ پرستار روش تبعیت دارویی و افسردگی و کیفیت زندگی را تایید ، نمایند .

۲- نلما شرور و همکاران<sup>۳</sup> (۲۰۰۷) مطالعه ای با عنوان " تاثیر استفاده از پرستاری از راه دور ، بر توانمند سازی بیماران نارسایی قلبی " در ایالت جنوب غربی آمریکا انجام دادند هدف از مطالعه ، بررسی استفاده از پرستاری از راه دور ، بر توانمند سازی بیماران ، با تشخیص نارسایی پیشرفته قلبی بود . مطالعه از نوع

---

<sup>1</sup> Wong et al

<sup>2</sup> World health organization

<sup>3</sup> Sharore et al

نیمه تجربی بود و به روش نمونه گیری آسان، از میان مردان و زنان سنین بالای ۲۱ سال، با تشخیص بالینی نارسایی قلبی، صورت پذیرفت. ۹۰ نفر به طور تصادفی به دو گروه ۴۵ نفری، مداخله و. شاهد، تقسیم شدند. همه افراد یک مراقبت استاندارد، برای نارسایی قلبی، توسط ۳ پرستار با تجربه دریافت کردند و در گروه مداخله توانمند سازی از طریق پرستاری از راه دور، توسط یک پرستار حرفه ای به مدت ۱۲ هفته انجام شد. که در ابتدا ۱-۳ روز بعد و سپس ۱۲، ۸، ۶، ۴، ۲ هفته بعد پیگیری، انجام شد. در پایان ۱۲ هفته از هر دو گروه مداخله و شاهد خواسته شد، سوالات را که برای آنها ارسال می گردد، را تکمیل و برای آنها ارسال کنند. مقادیر اندازه گیری شده با آنالیز واریانس ارزیابی گردید و نتایج نشان داد: افرادی که پیگیری تلفنی برای آنها، صورت گرفت، خود مراقبتی از طریق مشارکت در امر مراقبت از خود، به صورت بهتری انجام پذیرفت [۱۳].

۳- براندون<sup>۱</sup> (۲۰۰۹) مطالعه ای با عنوان " بررسی تاثیر فعالیت پیشرفته پرستار، از طریق پرستاری از راه دور، بر برآیند بیمارانی با نارسایی قلبی، در آلابامای آمریکا انجام دادند. هدف از مطالعه بررسی تاثیر پرستاری از راه دور، بر برآیند وضعیتی بیمارانی با نارسایی قلبی بود. نوع مطالعه، پژوهشی نیمه تجربی بود که ۲۰ نفر از شرکت کنندگان را به صورت تصادفی انتخاب نمودند و به ۲ گروه مورد و شاهد، تقسیم کردند. مداخلات با تلفن برای آنها انجام می شد. در ابتدا، مراقبت های اولیه، برای هر دو گروه انجام شد. برای گروه مداخله، بسته آموزشی از طریق ایمیل ارسال شد. تماس تلفنی در مدت ۶ ماه، فقط ۲ بار، آن هم، هر دو هفته یکبار، بعد از ترخیص از بیمارستان، صورت پذیرفت. مدت مکالمه ۲۵-۳۰ دقیقه بود. برآیند بیماران با استفاده از فرم<sup>۲</sup> QQL،<sup>۳</sup> SCBs، بررسی سه ماه و شش ماه بعد از آغاز مداخله با تماس تلفنی پرسیده شد. همچنین در زمینه بستری مجدد نیز از آنان سوال گردید. در گروه شاهد، هیچ مداخله ای، انجام نشد و فقط مراقبت های استاندارد قلبی را، دریافت کردند. نتایج این مطالعه نشان داد

---

<sup>1</sup> Brandon

<sup>2</sup> Quality of life

<sup>3</sup> Suboptimal self-care behaviors

: در گروه مداخله، برآیند بیماران با نارسایی قلبی، به طور محسوسی، بهبود پیدا کرد و کاهش بستری مجدد را نیز، به همراه داشته است [۱۲].

۴-یال بران و همکاران<sup>۱</sup> (۲۰۰۹) در مطالعه ای با عنوان "پرستاری از راه دور، بر بهبود رضایت بیماران بعد از ترخیص از بیمارستان" انجام دادند. هدف مطالعه تاثیر پرستاری از راه دور بر میزان رضایتمندی بیماران بعد از ترخیص از بیمارستان بود. مطالعه از نوع نیمه تجربی بود. ۴۰۰ بیمار، از بخش داخلی، به طور تصادفی، به دو گروه مداخله و شاهد، تقسیم شدند. در گروه مداخله، یک هفته، یک ماه بعد و سه ماه بعد از ترخیص با آنها تماس گرفته شد. و در گروه شاهد تماسی گرفته نشد و فقط در پایان مدت مداخله با آنان تماس برقرار گردید. نتایج نشان داد: رضایت در گروه مداخله، نسبت به گروه کنترل، ۶-۱۲ درصد، افزایش یافته است. در گروه مداخله، تماس زودهنگام ۸۷ درصد رضایت بیشتری را به همراه داشته است. در ۹۳ درصد از بیماران در گروه مداخله، ۹۳ درصد، بهبود در علائم بیماری را در مقایسه با ۸۴ درصد در گروه شاهد، گزارش کردند و میزان بستری مجدد در میان دو گروه تفاوتی نداشت [۲۹].

۵-دیان اینمن و همکاران<sup>۲</sup> (۲۰۱۱) در مطالعه ای با عنوان "اثرا پرستاری از راه دور، در بیمارانی بعد از جراحی پروستاتکتومی رادیکال" در پلسیلوانیا ی آمریکا انجام دادند. هدف بررسی تاثیر پرستاری از راه دور در بیمارانی با جراحی پروستات بود که مطالعه ای نیمه تجربی بود و روش مطالعه به این صورت بود که: تعداد ۶۰ نفر از بیماران مرد ۶۰-۶۲ سال، که جراحی رادیکال پروستاتکتومی انجام داده بودند، انتخاب شدند. در ابتدا همه افراد، تحت آموزش یکسان، در مورد مراقبت های پس از عمل، قرار گرفتند و سپس به طور تصادفی، به دو گروه شاهد و مداخله، تقسیم شدند. ۳-۵ روز پس از ترخیص از بیمارستان، یک پرستار با تجربه بخش مراقبت های بعد از عمل ارولژی، با افراد مداخله تماس برقرار نمود. طول

---

<sup>1</sup> Bron et al

<sup>2</sup> Enmen et al

مدت مکالمه به طور متوسط ۱۰ دقیقه بود که در آن آموزش های داده شده در بیمارستان، مجدد یادآوری گردید. ۳۰ روز پس از ترخیص با همه افراد مداخله و شاهد، تماس برقرار گردید و در مورد نیاز به مراجعه به بخش اورژانس و یا تماس با پزشک و یا مرکز بهداشتی محل خود، سوال گردید. افراد مداخله، ۴۷٪ نیاز کمتری به تسهیلات مراقبتی، نسبت به افراد شاهد، پیدا کردند [۱۷].

۶-برهانی و همکاران (۱۳۹۱) مطالعه ای با عنوان " بررسی تاثیر پرستاری از راه دور بر کنترل متابولیک بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲" انجام دادند. هدف مطالعه بررسی تاثیر پرستاری از راه دور بر کنترل متابولیک بیماران دیابت بود. نوع مطالعه نیمه تجربی بود و بدین صورت انجام پذیرفت که، از بین مراجعین به بخش غدد بیمارستان ولیعصر شهر تهران ۶۰ بیمار مبتلا به دیابت نوع ۲ بین سنین ۲۰-۵۰ سال انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه ۳۰ نفره قرار گرفتند. قبل از انجام مطالعه پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی توسط تمامی شرکت کنندگان تکمیل گردید. تحصیلات آنان، دیپلم و بالا تر بود؛ همچنین نمونه خون برای آزمایش هموگلوبین گلیکوزیله، گرفته شد. بر روی تلفن همراه شرکت کنندگان گروه مداخله، برنامه نرم افزار طراحی شده، نصب گردید. که بیماران، می توانستند، قند خون و میزان دوز انسولین تجویزی پزشک را، به صورت روزانه، صبح و عصر، در آن ثبت نمایند. در زمان های هفتگی طراحی شده بود و تا سه ماه ادامه داشت و با هر بار تغییر و ثبت اطلاعات، پیام کوتاهی برای پژوهشگر، ارسال می شد و وی از میزان قند خون و میزان انسولین مورد استفاده توسط واحد های پژوهش، مطلع می شد و به طور غیر مستقیم در جریان وضعیت بیماران، قرار می گرفت. بعد از ۳ ماه، مجدداً نمونه خون جهت آزمایش هموگلوبین گلیکوزیله از دو گروه، گرفته شد. نتایج نشان داد: اختلاف هموگلوبین گلیکوزیله قبل و بعد از مداخله، برای گروه مداخله و شاهد، به ترتیب  $(0.58 \pm 0.77)$  و  $(0.51 \pm 0.19)$  (p<05) بود و لذا استفاده از پرستاری از راه دور (نرم افزار تلفن همراه) می تواند سبب کاهش هموگلوبین گلیکوزیله در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ گردد [۳۰].

۷-ذاکری مقدم و همکاران(۱۳۸۵) مطالعه ای با عنوان "بررسی تأثیر پرستاری از راه دور ، توسط پرستار، بر میزان تبعیت از رژیم غذایی دیابتی، در مبتلایان به دیابت نوع دوم، انجام گرفت .هدف مطالعه بررسی تاثیر پرستار از راه دور بر میزان تبعیت بیماران ،از رژیم غذایی بود.نوع مطالعه نیمه تجربی بود و بدین صورت انجام شد که تعداد ۶۰ نفر، به روش نمونه گیری در دسترس، از بین مبتلایان به دیابت نوع دوم، مراجعه کننده به انجمن دیابت ایران، که سن زیر۶۵ سال داشتند ، انتخاب شده بود .ابزار جمع آوری اطلاعات شامل برگه ثبت اطلاعات جهت درج میزان هموگلوبین گلیکوزیله و پرسشنامه بود .اعتبار ابزار گردآوری اطلاعات به روش اعتبار محتوا و اعتماد آن از طریق آزمون مجدد سنجیده شد .جمع آوری اطلاعات در دو نوبت قبل از مطالعه و ۱۲ هفته بعد انجام گرفت .ابتدا تمامی افراد مورد پژوهش توسط انجمن دیابت ایران تحت آموزش خود مراقبتی در دیابت و مشاوره تغذیه، قرار گرفتند .سپس به طور تصادفی به دو گروه مداخله و شاهد، تقسیم شدند و تماس های تلفنی جهت پیگیری تبعیت از رژیم غذایی دیابتی، در گروه مداخله، به مدت ۱۲ هفته انجام گرفت. نتایج نشان داد: پیگیری تلفنی توسط پرستار منجر به بهبود، تبعیت از رژیم غذایی دیابتی و کاهش میزان هموگلوبین گلیکوزیله، در مبتلایان به دیابت نوع دوم شد[۳۱].



فصل سوم

روش پژوهش

### ۳-۱) جامعه مورد مطالعه:

جامعه پژوهش شامل کلیه بیمارانی که، داری ریتم فیبریلاسیون دهلیزی ثابت شده و تحت درمان متخصص قلب، قرار داشتند و به مراکز آموزشی درمانی شهر قزوین مراجعه کردند، بود.

### ۳-۲) محیط پژوهش :

محیط پژوهش اورژانس ها، بخش و درمانگاههای قلب بیمارستان های آموزشی درمانی شهر قزوین بود. از آنجایی که فقط مرکز ولایت و بوعلی سینا دارای بخش و درمانگاه قلب بود و بیماران قلبی را پذیرش می کردند، نمونه ها از این دو مرکز انتخاب شدند. و از آنجایی که در بخش اورژانس بیماران شرایط ورود به مطالعه را نداشتند هیچ نمونه ای از بخش اورژانس انتخاب نگردید و فقط از بخش و درمانگاه قلب نمونه ها انتخاب شدند.

### ۳-۳) نمونه پژوهش :

نمونه شامل بیمارانی بود که از اول مهر ۹۳ تا پایان دیماه ۱۳۹۳، به اورژانس ها، بخش های قلب و درمانگاه های قلب بیمارستان های آموزشی درمانی شهر قزوین، مراجعه کردند.

### ۳-۴) روش نمونه گیری :

روش نمونه گیری به روش آسان و در دسترس بود که افرادی که به اورژانس ها، بخش و درمانگاه های قلب بیمارستان های آموزشی درمانی شهر قزوین مراجعه می نمودند. در صورت دارا بودن شرایط ورود و با معرفی متخصص قلب، انتخاب شده و با روش تصادفی ساده ، با استفاده از نرم افزار SPSS شماره ۲۰، جدولی از شماره ۱ تا ۱۰۰ که افراد مداخله و شاهد به صورت تصادفی در آن تقسیم شده بودند و بیماری که متخصص قلب معرفی می نمود، یکی از این شماره ها به وی اختصاص می یافت. به این صورت نمونه ها، به دو گروه مداخله و شاهد، تقسیم شدند .

حجم نمونه:

با توجه به نتایج مطالعات انجام شده در خصوص کیفیت زندگی این بیماران [۳۲] و در نظر گرفتن

فرمول زیر:

$$n = \frac{(z_{1-\alpha/2} + z_{1-\beta})^2 (\sigma_1^2 + \sigma_2^2)}{(\mu_1 - \mu_2)^2}$$

$$N = \frac{(1.96 + 0.84)^2 (17 + 17)^2}{(10)^2}$$

$$N = 45$$

با در نظر گرفتن آلفا برابر با ۰/۰۵ و بتا برابر ۰,۲ و توان آزمون ۸۰ درصد می باشد و مقدار افزایش کیفیت زندگی حداقل ۱۰ نمره در هر بعد در گروه مداخله نسبت به گروه شاهد، حداقل تعداد نمونه در هر گروه ۴۵ نفر برآورد گردید و با در نظر گرفتن ۱۰ درصد ریزش در هر گروه ۵۰ بیمار وارد مطالعه شدند.

معیارهای ورود به مطالعه:

- بیماران به اورژانس ها و بخش و درمانگاه قلب، مراجعه نمایند.
- سن بالای ۲۰ سال داشته باشند.
- سواد خواندن و نوشتن داشته باشند.
- دسترسی به تلفن ثابت/همراه در منزل داشته باشند.

- اختلال تکلم و شنوایی نداشته باشند.
- ابتلا به بیماری های روانی و عقب ماندگی ذهنی نداشته باشند .
- تمایل به مشارکت در مطالعه داشته باشند .
- ریتم فیبریلاسیون دهلیزی ثابت شده و تحت درمان توسط متخصص قلب باشد.

### معیارهای خروج از مطالعه:

- بیمار تمایل به ادامه همکاری نداشته باشد.
- رژیم دارویی تجویزی را به مدت یک هفته متوالی مصرف نکرده باشند.
- بروز نارسایی پیشرفته قلبی و یا عوارض ترمبوآمبولیک ناشی از ریتم فیبریلاسیون دهلیزی که منجر به بستری شدن در بیمارستان شود.
- هر یک از شرایط ورود در طول مطالعه از بین برود.

### ۳-۵) روش اجرا و طراحی تحقیق:

روش انجام کار بدین صورت بود که در هر دو گروه مداخله و شاهد بیماران فیبریلاسیون دهلیزی که بیماری آنها به اثبات رسیده و تحت درمان توسط متخصص قلب بودند ، با معرفی متخصص قلب و با استفاده از روش نمونه گیری تصادفی ساده با نرم افزار SPSS انتخاب گردیدند .در ابتدا هدف از انجام مطالعه برای نمونه ها توضیح داده شد.از داوطلبین ثبت نام به عمل آمد و رضایت نامه کتبی آگاهانه از آنها اخذ گردید، سپس پژوهشگر در خصوص نوع بیماری، روش درمان، داروهای مصرفی و عوارض میزان فعالیت ،میزان سطح فعالیت با توجه به تعداد ضربان،نحوه گرفتن نبض و فشار خون با دستگاه فشار سنج دیجیتال مدیریت استرس ،به صورت حضوری و به همراه ارائه کتابچه آموزشی،در یک جلسه

۳۰ دقیقه ای به صورت انفرادی ، آموزش داد ، سپس پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی و پرسشنامه SF-36 در اختیار آنها قرار داده شد و توسط هر دو گروه تکمیل گردید. برای گروه مداخله تماس تلفنی در مدت ۱۲ هفته، هر هفته یکبار جهت پیگیری موارد آموزشی انجام گرفت. زمان برقراری تماس تلفنی با نظر خواهی از مددجویان در فاصله زمانی بین ساعات ۸ تا ۲۰ در روزهای غیر تعطیل تعیین شده و طول مدت هر مکالمه به طور متوسط ۱۰ الی ۱۵ دقیقه بود و در صورت لزوم توضیحات و راهنمایی های لازم ارائه می شد. در پایان مدت ۱۲ هفته از هر دو گروه مداخله و شاهد دعوت به عمل آمد تا مجددا پرسشنامه کیفیت زندگی تکمیل کنند. لازم به ذکر می باشد تکمیل فرم نهایی توسط یک کارشناس پرستاری انجام شد و پژوهشگر در آن نقشی نداشت. داده ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS نسخه ۲۰ و با آزمون های تی زوجی ، مجذور کای ، آزمون دقیق فیشر ، تی تست و کوواریانس ، مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

### ۳-۶) ابزار جمع آوری داده ها:

ابزار در این مطالعه شامل سه بخش بود:

#### ۱- پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی

شامل سن، جنس، سطح سواد، شغل ، وضعیت تاهل ، میزان تحصیلات دفعات بستری ، نوع عامل زمینه ای و داروهای مصرفی بود، که توسط محقق گردآوری شد .

#### ۲- پرسش نامه کیفیت زندگی (SF-36)

پرسش نامه کیفیت زندگی SF-36 یک پرسش نامه استاندارد ، می باشد که پایایی آن به روش سنجش آلفای کرونباخ (۰/۷) ، توسط منتظری و همکاران ( ۲۰۰۵ ) [۳۳]، اسحاقی و همکاران (۲۰۰۶) [۳۴] ، بررسی شده است [۱۱]. این ابزار ۸ بعد مختلف کیفیت زندگی مانند سلامت عمومی

مشکلات جسمی، ایفای نقش، درد، سلامت روانی، عملکرد اجتماعی، نیرو و انرژی و سلامت کلی را مورد بررسی قرار می دهد. مجموع ۸ بعد امتیاز صفر تا ۱۰ را دارد که امتیاز بالاتر، نشان دهنده کیفیت زندگی بهتر است.

۳- فرم تماس تلفنی هفتگی: فرم تماس تلفنی هفتگی بیماران شامل: ۸ سوال در زمینه تغییر و ناراحتی و اقدامات در طی هفته، داشتن تنگی نفس، درد، تپش قلب، احساس خستگی در طی هفته، اقدامات انجام شده در ارتباط با آن و داشتن فعالیت فیزیکی با ذکر مدت زمان به دقیقه، مصرف دارو، چک زمان پروترومبین بود.

جهت سنجش روایی محتوای فرم مشخصات جمعیت شناختی و فرم تماس تلفنی هفتگی، از نظرات ۱۰ نفر از اعضای هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی قزوین، استفاده شد.

### روش جمع آوری داده ها:

پس از کسب معرفی نامه و طی مراحل قانونی از جمله تایید طرح در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی قزوین و همچنین ثبت طرح در پایگاه ثبت کار آزمایشی های بالینی با شماره ثبت IRCT2015012120744N1، برای جمع آوری داده ها، با مصاحبه حضوری، پرسشنامه کیفیت زندگی SF-36 و پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی، تکمیل گردید. نمونه های پژوهش از مرکز آموزشی درمانی بوعلی سینا و ولایت، انتخاب شدند.

### ۳-۷) تجزیه و تحلیل داده ها:

جهت بررسی تفاوت دو گروه مداخله و شاهد در مشخصات جمعیت شناختی و مشخصات بیماری به عنوان متغیر کیفی و اسمی و رتبه ای و کمی پیوسته قبل و بعد از مطالعه، آزمون تی تست و تی زوجی

مجذور کای تست دقیق فیشر و کوواریانس، به کار رفت . محاسبات آماری به وسیله نرم افزار SPSS نسخه ۲۰ صورت پذیرفت. سطح معنی داری ( $P < 0.05$ ) در نظر گرفته شد.

### ۳-۸) ملاحظات اخلاقی:

#### ثبت در سامانه IRCT

- دریافت معرفی نامه از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی قزوین.
- رعایت اخلاق در جمع آوری داده ها، تحلیل و ارائه گزارش و ارائه نتایج مبتنی بر واقعیت.
- توضیح به نمونه های مورد پژوهش در مورد هدف و اختیاری بودن شرکت در پژوهش برای نمونه های مورد پژوهش.
- تمامی هزینه های آزمایشات و مواد مورد استفاده توسط محقق پرداخت شده و بیمار هیچگونه هزینه را متقبل نشدند.
- در این پژوهش چک لیست ها بدون نام بوده و اطلاعات محرمانه تلقی شد.
- کلیه ی اطلاعات کارآزمایی بالینی به گونه ای ثبت، به کارگیری و ذخیره شد که امکان شناسایی، گزارش و تفسیر دقیق آنها فراهم باشد.
- پژوهشگر در صورت تشخیص وجود بیماری های دیگر همراه، در صورت اجازه پزشک وی را از این موضوع می توانست آگاه کند.
- پژوهشگر در صورت موافقت افراد تحت پژوهش، پزشک وی را، از مشارکت ایشان، در کارآزمایی آگاه می ساخت.
- هیچیک از اعضاء تیم پژوهش حق نداشتند شرکت کنندگان را برای ادامه مشارکت مطالعه، مورد اجبار، تطمیع، اغوا، تهدید و یا تحت فشار قرار دهند.

- قبل از مشارکت فرد در کارآزمایی، فرم رضایت‌نامه مکتوب، توسط فرد یا نماینده قانونی وی و فردی که فرم رضایت‌نامه را برای شرکت‌کننده توضیح داده بود، امضا شد و تاریخ در آن درج شد.



فصل چهارم:

یافته های پژوهش

یافته های زمینه ای:

این پژوهش یک کارآزمایی بالینی بود که بر روی ۱۰۰ بیمار مراجعه کننده به بخش اورژانس، بخش قلب و درمانگاه تخصصی قلب انجام شد. بیماران مورد مطالعه با روش تصادفی ساده به یکی از دو گروه تخصیص یافتند. از میان گروه مداخله سه نفر به علت پاسخگو نبودن تلفن و موبایل، فوت و بستری شدن و دو نفر در گروه شاهد به علت عدم پاسخگو نبودن تلفن آنها، از مطالعه خارج شدند و تعداد ۴۷ نفر در گروه مداخله و تعداد ۴۸ نفر در گروه شاهد قرار گرفتند. در این فصل اطلاعات جمعیت شناختی مانند سن، شغل، سطح تحصیلات، سطح اقتصادی، تاهل به صورت جداول و ابعاد کیفیت زندگی در بعد سلامت عمومی، سلامت روانی، عملکرد اجتماعی، عملکرد جسمانی و ایفای نقش، نقش جسمی و نیرو و انرژی به صورت جداول و نمودار، بیان شده است.

جدول ۱- مقایسه میانگین سن (سال) در بیماران مبتلا به فیبریلاسیون دهلیزی در دو گروه مداخله و

شاهد

گروه	مورد	شاهد	مقدار ملاک آزمون (t)	سطح معنی داری (p value)
	میانگین انحراف معیار $\pm$	میانگین انحراف معیار $\pm$		
سن (سال)	$57/64 \pm 13/8$	$59/87 \pm 16/18$	$-0/719$	$0/474$

میانگین سن در گروه مورد  $57/64 \pm 13/8$  و در گروه شاهد  $59/87 \pm 16/18$  که در دو گروه تفاوت کمی

داشت که با استفاده از آزمون تی مستقل تفاوت معنی داری مشاهده نشد ( $P > 0/05$ ).

جدول ۲- مقایسه توزیع فراوانی افراد مورد بررسی بر حسب جنسیت در بیماران مبتلا به فیبریلاسیون

دهلیزی، در دو گروه مداخله و شاهد

جنسیت		زن	مرد	جمع
گروه				
مورد	تعداد	۲۳	۲۴	۴۷
	درصد	۴۸/۹	۵۱/۱	۱۰۰
شاهد	تعداد	۳۰	۱۸	۴۸
	درصد	۶۲/۵	۳۷/۵	۱۰۰
جمع	تعداد	۵۳	۴۲	۹۵
	درصد	۵۵/۸	۴۴/۲	۱۰۰
نتیجه آزمون آماری		Fisher p=۰/۲		

جنسیت در دو گروه با استفاده از آزمون دقیق فیشر تفاوت آماری معنی داری نداشت ( $P > 0.05$ ).

جدول ۳- مقایسه توزیع فراوانی بر حسب تاهل در دو گروه مداخله و شاهد در بیماران مبتلا به

فیبریلاسیون دهلیزی

تاهل گروه				مطلقه	جمع
	مورد	تعداد	۲	۴۳	۴۷
		درصد	۴/۳۰	۹۱/۵	۱۰۰
شاهد		تعداد	۴	۴۴	۴۸
		درصد	۰	۴/۳	۱۰۰

۱۰۰	۰	۹۱/۷	۸/۳	درصد	
۹۵	۲	۸۷	۶	تعداد	جمع
۱۰۰	۲/۱	۹۱/۶	۶/۳	درصد	
$\chi^2 = ۲/۶۷$ و $p = ۰/۲$					نتیجه آزمون آماری

وضعیت تاهل در دو گروه با استفاده از آزمون مجذورکای تفاوت آماری معنی داری نداشت (۰/۰۵).  
 $(P > .)$

جدول ۴- مقایسه توزیع فراوانی بر حسب شغل در دو گروه مداخله و شاهد در بیماران مبتلا به

فیبریلاسیون دهلیزی

شغل گروه	کشاورز-کارگر آزاد و کارمند			خانه دار	بازنشسته واز کار افتاده	جمع
	مورد	تعداد	درصد			
مورد	۱۲	۲۴	۱۱	۴۷	۱۱	۴۷
	۲۵/۶	۵۱/۱	۲۳/۴	۱۰۰	۲۳/۴	۱۰۰
شاهد	۵	۳۱	۱۱	۴۷	۱۱	۴۷
	۱۰/۷	۶۶	۲۳/۴	۱۰۰	۲۳/۴	۱۰۰
جمع	۱۷	۵۵	۲۲	۹۴	۲۲	۹۴
	۱۸/۲	۵۸/۵	۲۳/۴	۱۰۰	۲۳/۴	۱۰۰
$\chi^2 = ۶/۹۴$ و $p = ۰/۲۲۵$						نتیجه آزمون آماری

شغل در دو گروه با استفاده از آزمون مجذور کای تفاوت آماری معنی داری نداشت ( $P > 0.05$ ).

جدول ۵- مقایسه توزیع فراوانی بر حسب سطح تحصیلات در دو گروه مداخله و شاهد در بیماران

مبتلا به فیبریلاسیون دهلیزی

شغل گروه		ابتدایی	زیر دیپلم	دیپلم	کارشناسی و بالاتر	جمع
	مورد	۴۰	۱	۴	۲	۴۷
	درصد	۸۵/۱	۲/۱	۸/۵	۴/۳	۱۰۰
شاهد	تعداد	۳۴	۶	۳	۲	۴۵
	درصد	۷۵/۶	۱۳/۳	۶/۷	۴/۴	۱۰۰
جمع	تعداد	۷۴	۷	۷	۴	۹۲
	درصد	۸۰/۴	۷/۶	۷/۶	۴/۳	۱۰۰
نتیجه آزمون آماری		$\chi^2 = 4/16$ و $p = 0/2$				

سطح تحصیلات در دو گروه با استفاده از آزمون مجذور کای تفاوت آماری معنی داری نداشت ( $P > 0.05$ ).

( $P >$ )

سابقه فیبریلاسیون دهلیزی : در گروه مورد ۲ نفر دارای سابقه فیبریلاسیون دهلیزی بودند و ۴۵ نفر هم

بدون سابقه قبلی بودند و در گروه شاهد تمامی افراد بدون سابقه بودند. سابقه فیبریلاسیون دهلیزی

در دو گروه با استفاده از آزمون دقیق فیشر تفاوت آماری معنی داری نداشت ( $P > 0.05$ ).

جدول ۶- مقایسه توزیع فراوانی افراد مورد بررسی بر حسب سابقه بستری در بیمارستان به علت

فیبریلاسیون دهلیزی در دو گروه مداخله و شاهد

سابقه بستری در بیمارستان گروه		بلی	خیر	جمع
مورد	تعداد	۱۵	۳۲	۴۷
	درصد	۳۱/۹	۶۸/۱	۱۰۰
شاهد	تعداد	۲۷	۲۱	۴۸
	درصد	۵۶/۲	۴۳/۸	۱۰۰
جمع	تعداد	۴۲	۵۳	۹۵
	درصد	۴۴/۲	۵۵/۸	۱۰۰
نتیجه آزمون آماری		Fisher p=۰/۰۲۳		

سابقه بستری در بیمارستان به علت فیبریلاسیون دهلیزی در دو گروه با استفاده از آزمون دقیق فیشر

تفاوت آماری معنی داری داشت (p=0.05).

جدول ۷- مقایسه توزیع فراوانی افراد مورد بررسی بر حسب علت بیماری زمینه ای منجر به ایجاد

فیبریلاسیون دهلیزی در دو گروه مداخله و شاهد

بیماری زمینه ای منجر به فیبریلاسیون دهلیزی گروه		جراحی قلب	بیماری دریچه ای	بیماری مادرزادی قلب	فشار خون طولانی مدت	انفارکتوس میوکارد	سایر	جمع
مورد	تعداد	۱۰	۶	۰	۲۶	۳	۲	۴۷

۱۰۰	۴/۳	۶/۴	۵۵/۳	۰	۱۲/۸	۲۱/۳	درصد	
۴۸	۰	۱	۳۴	۲	۴	۶	تعداد	شاهد
۱۰۰	۰	۲/۱	۷۲/۳	۳/۴	۸/۵	۱۲/۸	درصد	
۹۵	۲	۴	۶۰	۲	۱۰	۱۶	تعداد	جمع
۱۰۰	۲/۱	۴/۳	۶۳/۸	۲/۱	۱۰/۶	۱۷	درصد	
$\chi^2 = ۷/۴۷$ و $p = ۰/۱۸۸$							نتیجه آزمون آماری	

علت بیماری زمینه ای منجر به ایجاد فیبریلایسیون دهلیزی در دو گروه با استفاده از آزمون مجذورکای تفاوت آماری معنی داری نداشت ( $P > ۰/۰۵$ ).

در جدول های ذیل مقایسه میانگین هر دو گروه در یک نمای کلی و همچنین در جداول جداگانه در ابعاد : سلامت عمومی، ایفای نقش، نقش جسمی، سلامت روانی، عملکرد اجتماعی و نیرو و انرژی نشان داده می شود. در ابعاد مختلف نیز نمودار مقایسه میانگین در طی زمان آورده شده است.

جدول ۸-مقایسه میانگین نمره کیفیت زندگی در ابعاد مختلف در گروه مداخله و شاهد

ابعاد کیفیت زندگی	گروه	قبل از مداخله	بعد از مداخله	مقدار ملاک آزمون تی	سطح معنی داری
		انحراف معیار $\pm$ میانگین	انحراف معیار $\pm$ میانگین		
سلامت عمومی	مداخله	$۵۰/۷۴ \pm ۱۳/۶۷$	$۶۵/۰۲ \pm ۱۰/۸$	۸/۸۲	۰/۰۰۱
	شاهد	$۴۸/۱۳ \pm ۹/۷۱$	$۴۰/۷ \pm ۸/۸$	۶/۸۳	۰/۰۰۱
ایفای نقش	مداخله	$۵۸/۷ \pm ۲۵/۳$	$۶۸/۱۴ \pm ۲۹/۴$	-۱/۸۱	۰/۰۷۷
	شاهد	$۶۳/۵ \pm ۱۵/۲$	$۶۳/۹ \pm ۱۱/۶$	-۰/۱۷۲	۰/۸۶۴
نقش جسمی	مداخله	$۵۱/۶ \pm ۲۴/۱$	$۶۷/۶ \pm ۲۶/۵$	-۳/۲۶	۰/۰۰۲
	شاهد	$۵۱/۵ \pm ۱۳/۰۵$	$۴۹/۵ \pm ۳/۶$	۱/۰۷۱	۰/۲۹۰
سلامت روانی	مداخله	$۶۳/۱ \pm ۱۸/۵$	$۷۰/۳ \pm ۱۵/۱$	-۳/۷۰۶	۰/۰۰۱
	شاهد	$۵۵/۷۵ \pm ۱۹/۹$	$۵۳/۷ \pm ۱۶/۴$	۲/۱۰۶	۰/۰۴۱
عملکرد اجتماعی	مداخله	$۸۸/۶ \pm ۱۹/۹۹$	$۹۵/۵ \pm ۱۲/۳$	-۲/۲۲	۰/۰۳۱
	شاهد	$۹۵/۸ \pm ۱۰/۴$	$۹۴/۳ \pm ۱۲/۱$	۱/۶۳۱	۰/۱۱
درد بدنی	مداخله	$۸۲/۷۷ \pm ۲۳/۰۲$	$۹۴/۲ \pm ۹/۰۳$	-۴/۵۲	۰/۰۰۱
	شاهد	$۸۴/۲۲ \pm ۱۸/۳$	$۸۸/۵ \pm ۱۴/۱$	-۳/۲۶	۰/۰۰۲
نیرو (خستگی یا نشاط)	مداخله	$۶۲/۴ \pm ۱۹/۱$	$۷۲/۱ \pm ۱۲/۰۱$	-۵/۶۱	۰/۰۰۱
	شاهد	$۵۳/۹ \pm ۲۰/۱$	$۵۰/۸ \pm ۱۷/۱$	۳/۲۵	۰/۰۰۲

عملکرد جسمانی	مداخله	۸۲/۲۴±۱۵/۳	۸۹/۱۶±۱۰/۷	-۵/۲۸	۰/۰۰۱
	شاهد	۷۰/۹۳±۲۴/۵	۶۸/۳±۲۲/۳	۲/۶۴	۰/۰۱۱
نمره کل	مداخله	۶۴/۸۸±۱۰/۸	۷۶/۱۴±۹/۲	-۷/۹۲	۰/۰۰۱
	شاهد	۶۲/۶±۹/۷	۶۰/۰۵±۶/۹۵	۴/۳۴	۰/۰۰۱

جدول ۹- مقایسه میانگین نمره کیفیت زندگی در دو گروه مداخله و شاهد در بیماران مبتلا به

فیبریلاسیون دهلیزی

زمان	قبل از مداخله	بعد از مداخله	مقدار ملاک آزمون (t)	سطح معنی داری (p value)
گروه	میانگین ± انحراف معیار	میانگین ± انحراف معیار		
مورد	۶۴/۸۸±۱۰/۸	۷۶/۱۴±۹/۲	۷/۹۲	۰/۰۰۰۱
شاهد	۶۲/۶±۹/۷	۶۰/۰۵±۶/۹۵	۴/۳۴	۰/۰۰۰۱

میانگین نمره کیفیت زندگی در گروه مورد بعد از مداخله افزایش معنی داری داشته است ( ۰/۰۵ < P )

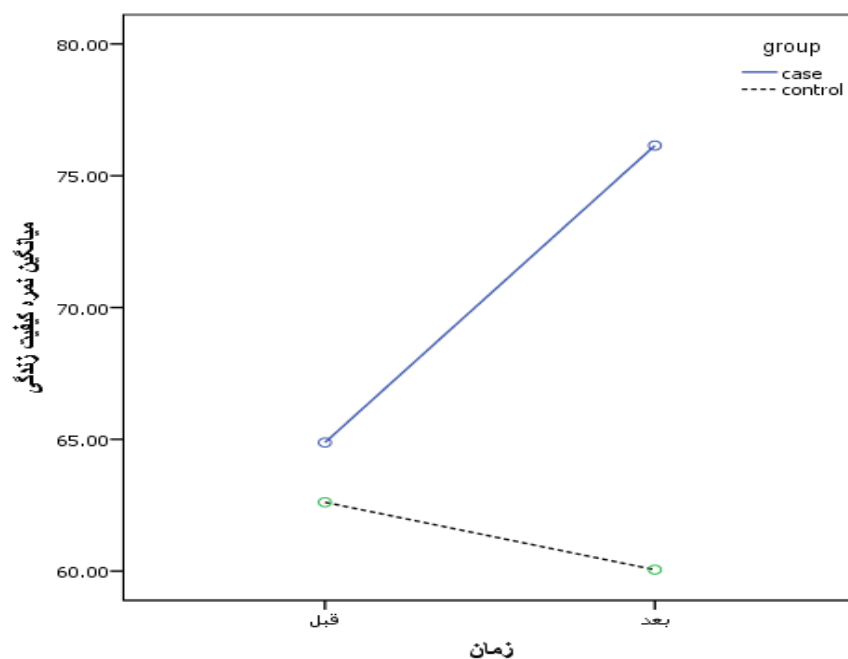
( P < )

میانگین نمره کیفیت زندگی در گروه شاهد در طی زمان کاهش معنی داری داشته است ( ۰/۰۵ < P )

با استفاده از آزمون کوواریانس جهت مقایسه روند تغییرات نمره کیفیت زندگی در دو گروه تفاوت

معنی داری مشاهده شد ( ۰/۰۰۰۱ = p و ۱۴۸/۹ = F )





نمودار ۱- مقایسه میانگین نمره کیفیت زندگی در دو گروه مداخله و شاهد در بیماران مبتلا به فیبریلاسیون دهلیزی

جدول ۱۰- مقایسه میانگین نمره سلامت عمومی در دو گروه مداخله و شاهد در بیماران مبتلا به فیبریلاسیون دهلیزی

سطح معنی داری (p value)	مقدار ملاک آزمون (t)	بعد از مداخله	قبل از مداخله	زمان	
		میانگین $\pm$ انحراف معیار	میانگین $\pm$ انحراف معیار	گروه	
P<0.001	۸/۸۲	۶۵/۰۲ $\pm$ ۱۰/۸	۵۰/۷۴ $\pm$ ۱۳/۶۷	مورد	سلامت

عمومی	شاهد	$48/13 \pm 9/71$	$40/7 \pm 8/8$	۶/۸۳	$P < 0.001$
-------	------	------------------	----------------	------	-------------

میانگین نمره سلامت عمومی در گروه مورد بعد از مداخله افزایش معنی داری یافته است (  $P < 0/05$  )

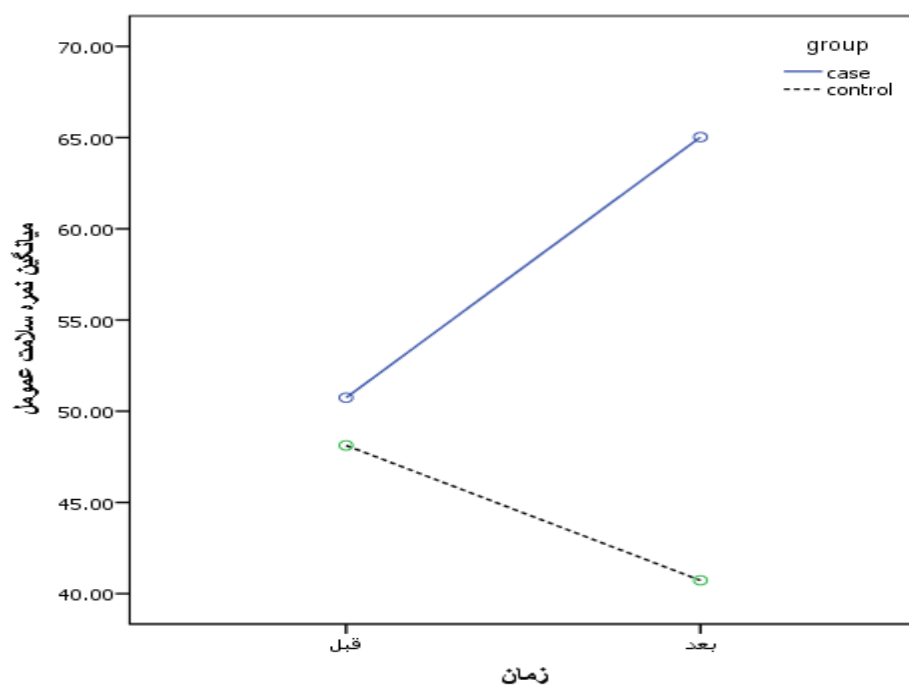
.)

میانگین نمره سلامت عمومی در گروه شاهد در طی زمان کاهش معنی داری داشته است (  $P < 0/05$  )

.)

با استفاده از آزمون کوواریانس جهت مقایسه روند تغییرات نمره سلامت عمومی در دو گروه تفاوت

معنی داری مشاهده شد. (  $p = 0/0001$  و  $F = 210/6$  )



نمودار ۲- مقایسه میانگین نمره سلامت عمومی در دو گروه مداخله و شاهد در بیماران مبتلا به

فیبریلاسیون دهلیزی

جدول ۱۱- مقایسه میانگین نمره ایفای نقش در دو گروه مداخله و شاهد در بیماران مبتلا به

فیبریلاسیون دهلیزی

سطح معنی داری (p value)	مقدار ملاک آزمون (t)	بعد از مداخله	قبل از مداخله	زمان	
		میانگین $\pm$ انحراف معیار	میانگین $\pm$ انحراف معیار	گروه	
۰/۰۷۷	۱/۸۱	۶۸/۱۴ $\pm$ ۲۹/۴	۵۸/۷ $\pm$ ۲۵/۳	مورد	ایفای
۰/۸۶۴	۰/۱۷۲	۶۳/۹ $\pm$ ۱۱/۶	۶۳/۵ $\pm$ ۱۵/۲	شاهد	نقش

میانگین نمره ایفای نقش در گروه مورد بعد از مداخله افزایش داشته ولی معنی دار نبوده است ( ۰/۵ > P).

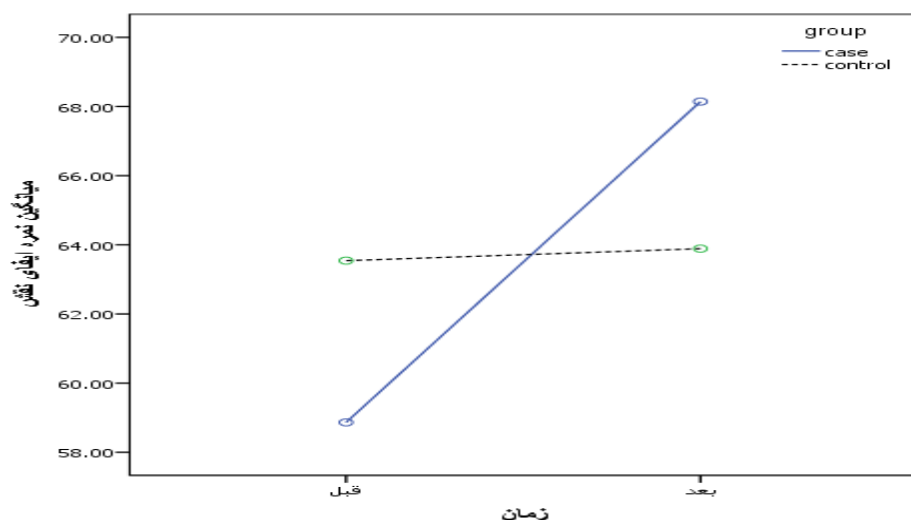
( ۰/۵ > P).

میانگین نمره ایفای نقش در گروه شاهد در طی دوره مطالعه کاهش داشته ولی این کاهش معنی دار

نبوده است ( ۰/۵ > P).

با استفاده از آزمون کوواریانس جهت مقایسه روند تغییرات نمره ایفای نقش در دو گروه تفاوت معنی

داری مشاهده نشد.



( $F = 1/6$ ).

نمودار ۳- مقایسه میانگین نمره ایفای نقش در دو گروه مداخله و شاهد در بیماران مبتلا به

فیبریلاسیون دهلیزی

جدول ۱۲- مقایسه میانگین نمره نقش جسمانی در دو گروه مداخله و شاهد در بیماران مبتلا به

فیبریلاسیون دهلیزی

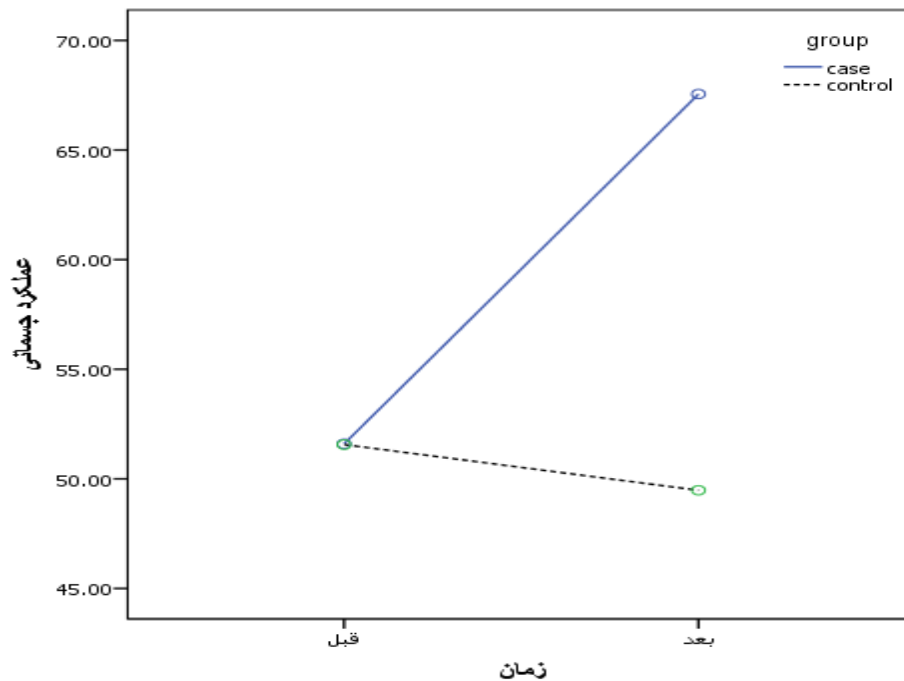
سطح معنی داری (p value)	مقدار ملاک آزمون (t)	بعد از مداخله	قبل از مداخله	زمان	
		میانگین $\pm$ انحراف معیار	میانگین $\pm$ انحراف معیار	گروه	
۰/۰۰۲	-۳/۲۶	۶۷/۶ $\pm$ ۲۶/۵	۵۱/۶ $\pm$ ۲۴/۱	مورد	عملکرد جسمانی
۰/۲۹۰	۱/۰۷۱	۴۹/۵ $\pm$ ۳/۶	۵۱/۵ $\pm$ ۱۳/۰۵	شاهد	

میانگین نمره نقش جسمانی در گروه مورد بعد از مداخله افزایش معنی داری داشته است (  $P < 0/05$  ).

(  $P < 0/05$  ).

میانگین نمره نقش جسمانی در گروه شاهد در طی دوره مطالعه کاهش داشته ولی این کاهش معنی دار نبوده است ( $P > 0.05$ ).

با استفاده از آزمون کوواریانس جهت مقایسه روند تغییرات نمره نقش جسمانی در دو گروه تفاوت معنی داری مشاهده شد ( $F = 21/9$  و  $p = 0.001$ ).



نمودار ۴- مقایسه میانگین نمره نقش جسمانی در دو گروه مداخله و شاهد در بیماران مبتلا به فیبریلاسیون دهلیزی

جدول ۱۳- مقایسه میانگین نمره سلامت روانی در دو گروه مداخله و شاهد در بیماران مبتلا به فیبریلاسیون دهلیزی

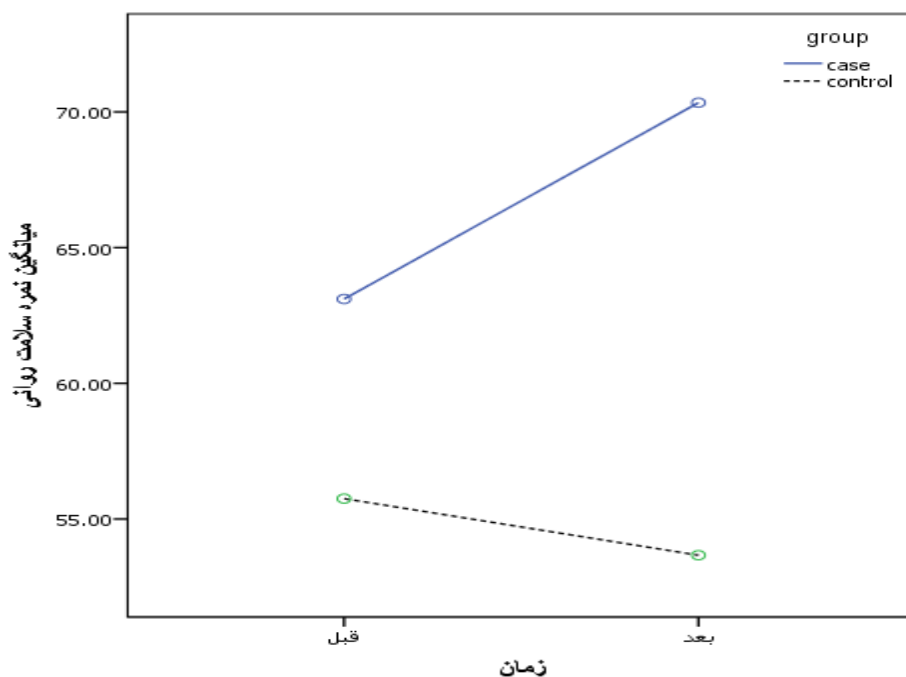
زمان	قبل از مداخله	بعد از	مقدار	سطح
------	---------------	--------	-------	-----

معنی داری (p value)	ملاک آزمون (t)	مداخله			
		میانگین $\pm$ انحراف معیار	میانگین $\pm$ انحراف معیار	گروه	
۰/۰۰۱	۳/۷۰۶	۷۰/۳ $\pm$ ۱۵/۱	۶۳/۱ $\pm$ ۱۸/۵	مورد	سلامت
۰/۰۴۱	۲/۱۰۶	۵۳/۷ $\pm$ ۱۶/۴	۵۵/۷۵ $\pm$ ۱۹/۹	شاهد	روانی

میانگین نمره سلامت روانی در گروه مورد بعد از مداخله افزایش معنی داری داشته است (  $p = ۰/۰۵$  ).

میانگین نمره سلامت روانی در گروه شاهد در طی دوره مطالعه کاهش معنی داری داشته است (  $p = ۰/۰۵$  ).

با استفاده از آزمون کوواریانس جهت مقایسه روند تغییرات نمره سلامت روانی در دو گروه تفاوت معنی داری مشاهده شد (  $F = ۴۰/۶۲$  و  $p = ۰/۰۰۱$  ).



نمودار ۵- مقایسه میانگین نمره سلامت روانی در دو گروه مداخله و شاهد در بیماران مبتلا به

فیبریلسیون دهلیزی

جدول ۱۴- مقایسه میانگین نمره عملکرد اجتماعی در دو گروه مداخله و شاهد در بیماران مبتلا به

فیبریلسیون دهلیزی

سطح معنی داری (p value)	مقدار ملاک آزمون (t)	بعد از مداخله	قبل از مداخله	زمان	
		میانگین $\pm$ انحراف معیار	میانگین $\pm$ انحراف معیار	گروه	
۰/۰۳۱	۲/۲۲	۹۵/۵ $\pm$ ۱۲/۳	۸۸/۶ $\pm$ ۱۹/۹۹	مورد	عملکرد
۰/۱۱	۱/۶۳۱	۹۴/۳ $\pm$ ۱۲/۱	۹۵/۸ $\pm$ ۱۰/۴	شاهد	اجتماعی

میانگین نمره عملکرد اجتماعی در گروه مورد بعد از مداخله افزایش معنی داری داشته است ( ۰/۰۵ < P )

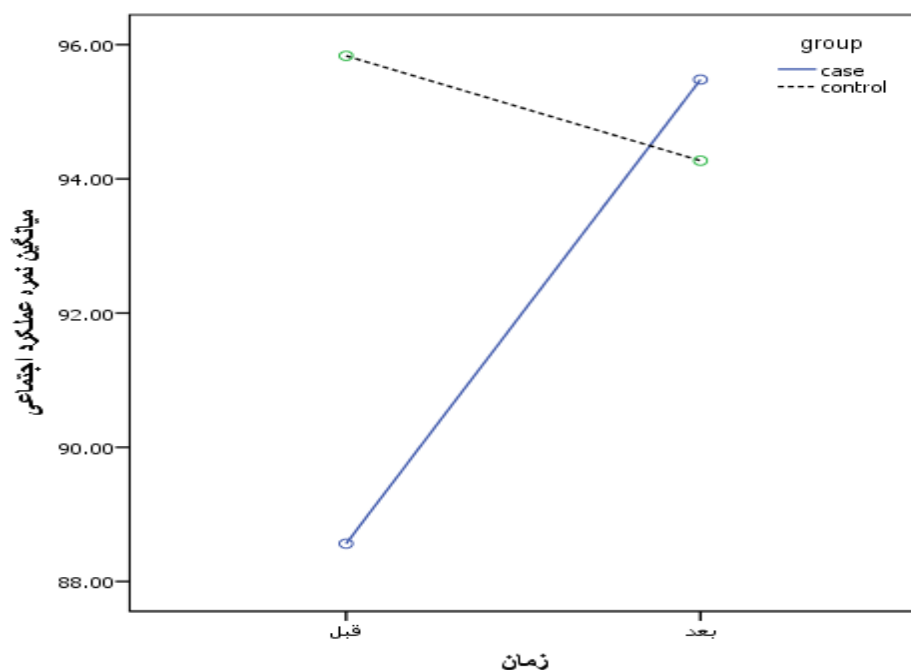
( P < )

میانگین نمره عملکرد اجتماعی در گروه شاهد در طی دوره مطالعه کاهش داشته ولی این کاهش

معنی دار نبوده است ( ۰/۰۵ > P )

با استفاده از آزمون کوواریانس جهت مقایسه روند تغییرات نمره عملکرد اجتماعی در دو گروه تفاوت

معنی داری مشاهده شد ( ۰/۱۵۰ = p و ۲/۱۱ = F )



نمودار ۶- مقایسه میانگین نمره عملکرد اجتماعی در دو گروه مداخله و شاهد در بیماران مبتلا به فیبریلاسیون دهلیزی

جدول ۱۵- مقایسه میانگین نمره درد بدنی در دو گروه مداخله و شاهد در بیماران مبتلا به فیبریلاسیون دهلیزی

سطح معنی داری (p value)	مقدار ملاک آزمون (t)	بعد از مداخله	قبل از مداخله	زمان	
		میانگین $\pm$ انحراف معیار	میانگین $\pm$ انحراف معیار	گروه	
۰/۰۰۰۱	۴/۵۲	۹۴/۲ $\pm$ ۹/۰۳	۸۲/۷۷ $\pm$ ۲۳/۰۲	مورد	درد



بدنی	شاهد	$84/22 \pm 18/3$	$88/5 \pm 14/1$	۳/۲۶	۰/۰۰۲
------	------	------------------	-----------------	------	-------

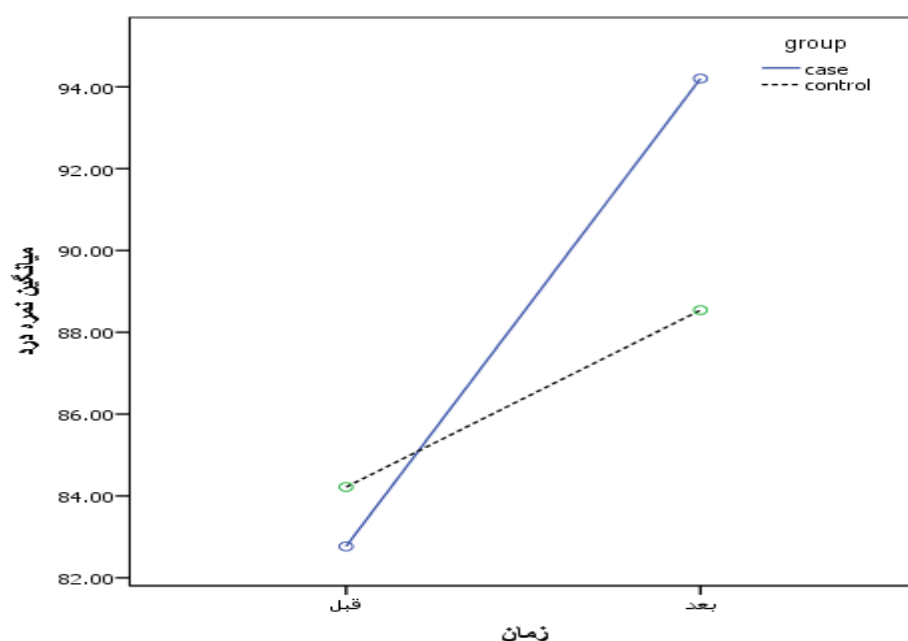
میانگین نمره درد بدنی در گروه مورد بعد از مداخله افزایش معنی داری داشته است ( $P < 0/05$ ).

میانگین نمره درد بدنی در گروه شاهد در طی دوره مطالعه افزایش معنی داری داشته است ( $0/05$ ).

( $P <$

با استفاده از آزمون کوواریانس جهت مقایسه روند تغییرات نمره درد بدنی در دو گروه تفاوت معنی

داری مشاهده شد ( $p = 0/0001$  و  $F = 16/45$ ).



نمودار ۷- مقایسه میانگین نمره درد بدنی در دو گروه مداخله و شاهد در بیماران مبتلا به

فیبریلاسیون دهلیزی

جدول ۱۶- مقایسه میانگین نمره نیرو در دو گروه مداخله و شاهد در بیماران مبتلا به فیبریلاسیون

دهلیزی

زمان	قبل از	بعد از	مقدار	سطح
------	--------	--------	-------	-----

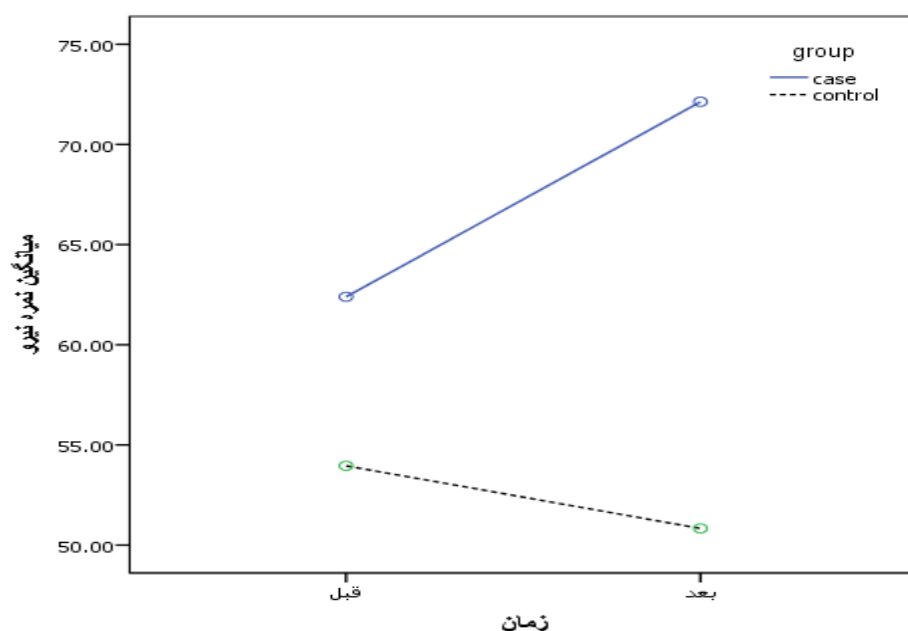
معنی داری (p value)	ملاک آزمون (t)	مداخله	مداخله	گروه	
		میانگین $\pm$ انحراف معیار	میانگین $\pm$ انحراف معیار		
P<0.001	۵/۶۱	۷۲/۱ $\pm$ ۱۲/۰۱	۶۲/۴ $\pm$ ۱۹/۱	مورد	نیرو (خستگی
۰/۰۰۲	۳/۲۵	۵۰/۸ $\pm$ ۱۷/۱	۵۳/۹ $\pm$ ۲۰/۱	شاهد	یا نشاط)

میانگین نمره نیرو در گروه مورد بعد از مداخله افزایش معنی داری داشته است (  $P < ۰/۰۵$  ).

میانگین نمره نیرو در گروه شاهد در طی دوره مطالعه کاهش معنی داری داشته است (  $P < ۰/۰۵$  ).

با استفاده از آزمون کوواریانس جهت مقایسه روند تغییرات نمره نیرو در دو گروه تفاوت معنی داری

مشاهده شد (  $F = ۱۱۲/۵۸$  و  $p = ۰/۰۰۰$  ).



نمودار ۸- مقایسه میانگین نمره نیرو در دو گروه مداخله و شاهد در بیماران مبتلا به فیبریلاسیون دهلیزی

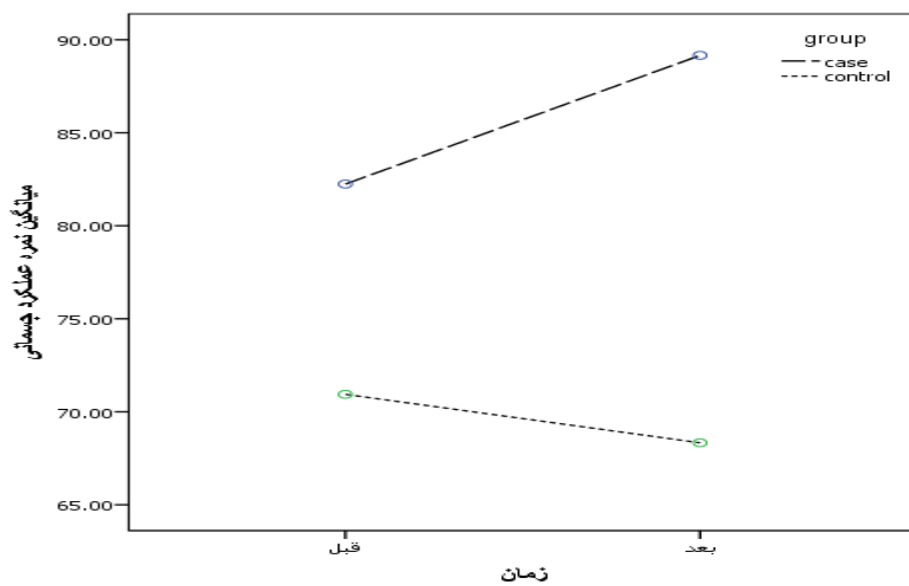
جدول ۱۷- مقایسه میانگین نمره عملکرد جسمانی در دو گروه مداخله و شاهد در بیماران مبتلا به فیبریلاسیون دهلیزی

سطح معنی داری (p value)	مقدار ملاک آزمون (t)	بعد از مداخله	قبل از مداخله	زمان	
		میانگین $\pm$ انحراف معیار	میانگین $\pm$ انحراف معیار	گروه	
P<0.001	۵/۲۸	۸۹/۱۶ $\pm$ ۱۰/۷	۸۲/۲۴ $\pm$ ۱۵/۳	مورد	عملکرد
۰/۰۱۱	۲/۶۴	۶۸/۳ $\pm$ ۲۲/۳	۷۰/۹۳ $\pm$ ۲۴/۵	شاهد	جسمانی

میانگین نمره عملکرد جسمانی در گروه مورد بعد از مداخله افزایش معنی داری داشته است ( ۰/۰۵ < P ).

میانگین نمره عملکرد جسمانی در گروه شاهد در طی دوره مطالعه کاهش معنی داری داشته است ( ۰/۰۵ < P ).

با استفاده از آزمون کوواریانس جهت مقایسه روند تغییرات نمره عملکرد جسمانی در دو گروه تفاوت معنی داری مشاهده شد (  $p=۰/۰۰۰$  و  $F=۶۷/۹$  ).



نمودار ۹- مقایسه میانگین نمره عملکرد جسمانی در دو گروه مداخله و شاهد در بیماران مبتلا به

فیبریلاسیون دهلیزی

فصل پنجم :

بحث و نتیجه گیری

## بحث :

در این مطالعه که با هدف بررسی تاثیر پرستاری از راه دور بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به فیبریلاسیون دهلیزی مراجعه کننده به اورژانس ها، بخش و درمانگاه های قلب مراکز آموزشی درمانی دانشگاه علوم پزشکی شهر قزوین انجام شد، تعداد ۹۵ بیمار با توجه به معیار های ورود و خروج، مورد بررسی قرار گرفتند.

نتایج نشان داد، پرستاری از راه دور، موجب ارتقای سطح کیفیت زندگی بیماران مبتلا به فیبریلاسیون دهلیزی شد. میانگین نمره کیفیت زندگی در بین دو گروه قبل از اجرای تماس تلفنی، تفاوت معناداری نداشت. ولی نمره کیفیت زندگی سه ماه پس از مداخله در گروه مداخله، بطور معنی داری افزایش یافت. کیفیت زندگی در ابعاد نیرو و انرژی، عملکرد جسمانی، درد بدنی، سلامت عمومی، عملکرد اجتماعی و سلامت روانی در گروه مداخله، به طور معنا داری افزایش یافت. اما در بعد ایفای نقش، تفاوت معناداری مشاهده نگردید. این نتایج می تواند به دلیل پیگیری های مستمر در مورد مصرف به موقع دواها، تشویق به ویزیت های دوره ای با پزشک متخصص قلب و توصیه های سطح فعالیت با توجه به توانایی جسمی و روانی و امکان تماس دو طرفه بین بیمار و پژوهشگر در طی دوره مداخله، باشد. کیفیت زندگی در گروه شاهد در ابعاد سلامت عمومی، سلامت روانی، نیرو و انرژی و عملکرد جسمانی نیز به طور معنا داری، سه ماه پس از مداخله، کاهش یافت، که ممکن است با توجه به وضعیت بیماری، عدم پیگیری مستمر رژیم دارویی و درمانی باشد. در گروه شاهد، در ابعاد درد بدنی، افزایش معنی داری مشاهده گردید اما در ابعاد ایفای نقش، عملکرد اجتماعی، افزایش معنی دار نبوده است، که ممکن است به دلیل اهمیت داشتن این ابعاد برای بیماران و نحوه نگرش بیماران باشد.

کیفیت زندگی در بعد سلامت عمومی:

میانگین نمره سلامت عمومی در گروه مورد قبل از مداخله  $13/67 \pm 50/74$ ، بعد از مداخله به  $10/8 \pm 65/02$  رسید که افزایش معنی داری یافته است ( $P < 0/05$ ). میانگین نمره سلامت عمومی

در گروه شاهد در طی دوره مطالعه قبل از مداخله  $48/13 \pm 9/71$  کاهش بود و بعد از مداخله به  $40/7 \pm 8/8$  رسید که سطح معنی داری داشته است ( $P < 0/05$ ). با استفاده از آزمون کوواریانس جهت مقایسه روند تغییرات نمره سلامت عمومی در دو گروه تفاوت معنی داری مشاهده شد. ( $F = 210/6$  و  $p = 0/0001$ ) کرستن ودن و همکاران<sup>1</sup> (۲۰۰۸) نشان دادند که پرستاری از راه دور به روش تماس تلفنی به مدت ۱۲ هفته باعث افزایش در بعد سلامت عمومی در گروه مداخله نسبت به گروه شاهد شد [۳۶]. که این مطالعه همسو با مطالعه حاضر می باشد

کیفیت زندگی در بعد ایفای نقش:

میانگین نمره ایفای نقش در گروه مورد قبل از مداخله  $58/7 \pm 25/3$  بود و بعد از مداخله به  $68/14 \pm 29/4$  رسید که افزایش داشته ولی معنی دار نبوده است ( $P > 0/05$ ). میانگین نمره ایفای نقش در گروه شاهد در طی دوره مطالعه کاهش داشته و از  $63/5 \pm 15/2$  قبل از مداخله به  $63/9 \pm 11/6$  رسید که این کاهش معنی دار نبوده است ( $P > 0/05$ ). با استفاده از آزمون کوواریانس جهت مقایسه روند تغییرات نمره ایفای نقش در دو گروه تفاوت معنی داری مشاهده نشد ( $0/230$ ). ( $F = 1/46$  و  $p =$

کیفیت زندگی سلامت روانی:

میانگین نمره سلامت روانی در گروه مورد قبل از مداخله از  $63/1 \pm 18/5$  به  $70/3 \pm 15/1$  رسید که بعد از مداخله افزایش معنی داری داشته است ( $P < 0/05$ ). میانگین نمره سلامت روانی در گروه شاهد در طی دوره مطالعه از قبل از مداخله از  $55/75 \pm 19/9$  به  $53/7 \pm 16/4$  رسید که کاهش معنی داری داشته است ( $P < 0/05$ ). با استفاده از آزمون کوواریانس جهت مقایسه روند تغییرات نمره سلامت روانی در دو گروه تفاوت معنی داری مشاهده شد ( $F = 40/62$  و  $p = 0/001$ ).

<sup>1</sup> Woodend, Kirsten et al

ونگ و همکاران<sup>۱</sup> (۲۰۱۰) در مطالعه ۸ ماهه خود بر روی بیماران ایدزی، پرداختند. نتایج نشان دادند که در بعد روانی در گروه مداخله نسبت به گروه شاهد، افزایش داشته است. افسردگی بیماران نیز در گروه مداخله نسبت به گروه شاهد از کاهش چشمگیری برخوردار بوده است [۲۸]. در این مطالعه به جنبه سلامت روانی بیماران، پرداخته شده و پرستاری از راه دور باعث افزایش نمره کیفیت زندگی در ابعاد روانی در گروه مداخله نسبت به گروه شاهد شده است که همسو با مطالعه حاضر می باشد. گودرزی و همکاران (۲۰۱۵) تاثیر آموزش، بر خود کارآمدی با پرستاری از راه دور برای بیماران، مورد ارزیابی قرار دادند نتایج آنان نشان داد، که تفاوت معناداری بین گروه مداخله و شاهد قبل و بعد از مداخله در میزان نمره خود کارآمدی وجود داشت [۳۷]. این پژوهش، با نتایج مطالعه ما، که افزایش میانگین نمره کیفیت زندگی، در بعد روانی در گروه مداخله نسبت به گروه شاهد، را داشته، هم سو می باشد. شجاعی و همکاران (۲۰۱۳) تاثیر پرستاری از راه دور را بر روی امیدواری بیماران قلبی، مورد ارزیابی قرار دادند که در راستا با بعد روانی کیفیت زندگی مطالعه حاضر می باشد. ایشان اظهار داشتند که بعد روانی کیفیت زندگی، می تواند تحت شرایط مختلف از جمله، بیماری های مزمن، احساس ضعف و ناتوانی، ترس از مرگ، کاهش عملکرد و بسیاری از شرایط مختلف تغییر کند [۳۸]. نتایج آنها نشان داد که آموزش حین ترخیص و سپس پرستاری از راه دور، می تواند، باعث افزایش سطح امیدواری بیماران نارسایی قلبی گردد و کاهش هزینه را برای ارتقاء سلامتی بیماران به همراه داشته باشد. با توجه به اینکه شجاعی و همکاران بر روی بعد روانی بیماران، تمرکز داشتند و مداخله آنها باعث ارتقا آن بعد، شده بود، باینکه نتایج حاصل از مطالعه حاضر که بعد روانی را نیز شامل می شود، منطبق می باشد.

راملت و همکاران (۲۰۱۴) تاثیر پرستاری از راه دور بر رضایتمندی و برآیند های سلامتی از جمله کیفیت زندگی در کودکانی بابیماری التهابی روماتیسمی را مورد بررسی قرار دادند. نتایج نشان داد که برآیند

---

<sup>1</sup> Wang et al



کیفیت زندگی در بعد سلامت روانی در این بیماران بهبود یافته بود. که همسو با نتایج حاضر می باشد [۴۵].

دانوان و همکاران<sup>۱</sup> (۲۰۱۴) بررسی تاثیر پرستاری از راه دور توسط پرستار در زنانی با سرطان رحم نشان دادند نشانه های اضطراب در بیماران کاهش یافته است همچنین رضایتمندی از این روش افزایش داشته است [۴۸]. با توجه به اینکه این روش نمونه ای از پرستاری از راه دور می باشد با پژوهش ماکه در بعد روانی افزایش معنا داری را داشته ایم در یک راستا قرار دارد. نلما شرور و همکاران (۲۰۰۷) با بررسی تاثیر پرستاری از راه دور در بهبود مداخله در بیماران نارسایی قلبی، نشان دادند که پرستاری از راه دور توسط پرستار بر روی عملکرد روانی، در هر دو گروه مداخله و شاهد، افزایش معنا داری را داشته است که در راستا با پژوهش ما می باشد [۱۳].

کیفیت زندگی در بعد عملکرد جسمانی

میانگین نمره عملکرد جسمانی در گروه مورد بعد از مداخله افزایش معنی داری داشته است (  $P < 0.05$  ).

میانگین نمره عملکرد جسمانی در گروه شاهد در طی دوره مطالعه کاهش معنی داری داشته است (  $P < 0.05$  ). با استفاده از آزمون کوواریانس جهت مقایسه روند تغییرات نمره عملکرد جسمانی در دو گروه تفاوت معنی داری مشاهده شد (  $p = 0.000$  و  $F = 67.9$  ).

کرستن و دن و همکاران<sup>۲</sup> (۲۰۰۸) نشان دادند که پرستاری از راه دور به مدت ۱۲ هفته باعث افزایش کیفیت زندگی در بعد عملکرد جسمانی بیماران قلبی می شود. در بعد عملکرد جسمانی در گروه مداخله افزایش بیشتری را نسبت به گروه شاهد داشتند [۳۶]. نتایج پژوهش حاضر در بعد عملکرد جسمانی در

---

<sup>1</sup> Donovan et al

<sup>2</sup> Woodend, Kirsten et al

گروه مداخله نسبت به گروه شاهد، افزایش داشت که با نتایج این مطالعه، همخوانی دارد. هلد و همکاران<sup>۱</sup> (۲۰۰۵) نیز افزایش در کیفیت زندگی بیماران صرعی را پس از پرستاری از راه دور نشان دادند. در این مطالعه که در بعد عملکرد جسمانی در گروه مداخله افزایش معناداری نسبت به گروه شاهد وجود داشت [۳۹]. این مطالعه با نتایج پژوهش حاضر، در بعد عملکرد جسمانی همسو می باشد. لوازو و همکاران<sup>۲</sup> (۲۰۱۰) نشان دادند، پرستاری از راه دور در بیماران قلبی، باعث افزایش کیفیت زندگی می گردد. در این مطالعه کیفیت زندگی در بعد عملکرد جسمانی، در گروه مداخله نسبت به گروه شاهد، افزایش داشت که این نتایج در راستای نتایج پژوهش ما می باشد [۴۰]. مالن داویس و همکاران<sup>۳</sup> (۲۰۱۵) تاثیر پرستاری از راه دور به مدت ۶ ماه را، بر افزایش میزان کیفیت زندگی در بیمارانی که بیماری پیشرفته داشتند و در حومه شهر و یا روستا زندگی می کردند، مورد بررسی قرار دادند. نتایج نشان داد که در بین گروه مداخله، نیاز به مراجعه به درمانگاه های درمانی، در مقابل گروه شاهد، کاهش یافت. در نتیجه هزینه طی مسافت برای دسترسی به درمانگاه های درمانی نیز برای آنها کمتر می شد، همچنین افزایش در کیفیت زندگی را برای این بیماران به همراه داشت. رضایتمندی خانواده های این بیماران نیز افزایش نشان داد [۴۱]. مطالعه داویس و همکاران، تاثیر پرستاری از راه دور در افزایش کیفیت زندگی، در بعد های مختلف از جمله عملکرد جسمانی را بررسی کرده، که با نتایج حاصل از پژوهش ما در بعد جسمانی، که تفاوت معناداری را در گروه مداخله نسبت به گروه شاهد داشت، هم خوانی دارد. کریچ و همکاران<sup>۴</sup> (۲۰۱۴) با بررسی تاثیر پرستاری از راه دور بیماران بعد از ترخیص و نقش آموزش، در بهبود کیفیت مراقبت خانواده بیمار و کاهش بستری مجدد در بیمارستان، نشان دادند، اگر پرستاری از راه دور در ۴۸ ساعت اول ترخیص برقرار شود و راهنمایی های مراقبتی مناسب به خانواده بیمار داده شود، وضعیت جسمانی بیمار، بهبود یافته و شرایطی که منجر به بستری شدن مجدد بیمار می شود،

---

<sup>1</sup> Helde, Grethe et al

<sup>2</sup> lavazzo et al

<sup>3</sup> Davis et al

<sup>4</sup> Kirsch et al

کاهش می یابد [۴۲]. جولیا والتر و همکاران<sup>۱</sup> (۲۰۱۲) با بررسی تاثیر حمایت از تغییر رفتار بهداشتی در بیماران (COPD<sup>۲</sup>) با پایش سلامتی از طریق پرستاری از راه دور نشان دادند، اگر پرستاری از راه دور برای این بیماران انجام شود با افزایش فعالیت جسمانی در این افراد خواهد شد. [۴۴] که همسو با پژوهش حاضر می باشد.

کایند و همکاران<sup>۳</sup> (۲۰۱۲) با بررسی کاهش هزینه بستری مجدد با پرستاری از راه دور نشان دادند که تنها یکبار تماس تلفنی بعد از ترخیص از بیمارستان در مورد نحوه مصرف داروها و مراقبت از خود، توانسته بود حدود یک سوم کاهش بستری مجدد را، در پی داشته باشد. که در این میان به علت بهبود وضعیت جسمی بیماران مطالعه فوق در راستای مطالعه ما می باشد [۴۶].

راملت و همکاران<sup>۴</sup> (۲۰۱۴) تاثیر پرستاری از راه دور بر رضایتمندی و برآیند های سلامتی از جمله کیفیت زندگی در کودکانی با بیماری التهابی روماتیسمی را مورد بررسی قرار دادند. نتایج نشان داد که برآیند کیفیت زندگی در بعد فعالیت جسمانی در این بیماران بهبود یافته بود [۴۵].

پتیت و همکاران<sup>۵</sup> (۲۰۱۴) تاثیر پرستاری از راه دور را برای بیمارانی با سرطان ریه در نواحی روستایی در کوهستان را مورد مطالعه قرار دادند. آنها نشان دادند پرستاری از راه دور توسط پرستار باعث افزایش وضعیت جسمانی بیماران می شود که در راستا با پژوهش حاضر می باشد [۴۷].

نلما شرور و همکاران (۲۰۰۷) با بررسی تاثیر پرستاری از راه دور در بهبود مداخله در بیماران نارسایی قلبی، نشان دادند که پرستاری از راه دور توسط پرستار بر روی عملکرد جسمانی، در هیچ یک از دو گروه مداخله و شاهد، معنا دار نبوده است اما در امر خود مراقبتی، معنا دار بوده است [۱۳].

---

<sup>1</sup> Julia Walters et al

<sup>2</sup> Chronic obstructive pulmonary disease

<sup>3</sup> Kind et al

<sup>4</sup> Ramelet et al

<sup>5</sup> Petite et al

## کیفیت زندگی در بعد درد بدنی:

میانگین نمره درد بدنی در گروه مورد قبل از مداخله  $82/77 \pm 23/02$  بود که بعد از مداخله به  $94/2 \pm 9/03$  رسید که افزایش معنی داری داشته است ( $P < 0/05$ ). میانگین نمره درد بدنی در گروه شاهد در طی دوره مطالعه قبل از مداخله از  $84/22 \pm 18/3$  به  $88/5 \pm 14/1$  رسید که افزایش معنی داری داشته است ( $P < 0/05$ ). با استفاده از آزمون کوواریانس جهت مقایسه روند تغییرات نمره درد بدنی در دو گروه تفاوت معنی داری مشاهده شد ( $p = 0/0001$  و  $F = 16/45$ ). کرستن و دن و همکاران<sup>۱</sup> (۲۰۰۸) نشان دادند که پرستاری از راه دور به مدت ۱۲ هفته باعث افزایش کیفیت زندگی در بعد درد بدنی بیماران قلبی می شود [۳۶]. نتایج پژوهش حاضر در بعد درد بدنی در هر دو گروه افزایش معنا داری داشته است که با نتایج این مطالعه، همخوانی دارد. مالن داویس و همکاران<sup>۲</sup> (۲۰۱۵) تاثیر تماس تلفنی در افزایش کیفیت زندگی، در بعد های مختلف از جمله درد بدنی را بررسی کرده، که با نتایج حاصل از پژوهش ما در بعد درد بدنی، که تفاوت معناداری را در گروه مداخله نسبت به گروه شاهد داشت، هم خوانی دارد [۴۱]. کرستن و دن و همکاران (۲۰۰۸) نشان دادند که پرستاری از راه دور به مدت ۱۲ هفته باعث افزایش کیفیت زندگی بیماران قلبی در بعد درد بدنی می شود. میانگین ابعاد کیفیت زندگی در بعد درد بدنی در هر دو گروه افزایش معناداری یافته بود. [۳۶]. نتایج پژوهش حاضر در بعد درد بدنی همخوانی دارد.

راملت و همکاران (۲۰۱۴) تاثیر پرستاری از راه دور بر رضایتمندی و برآیند های سلامتی از جمله کیفیت زندگی در کودکانی با بیماری التهابی روماتیسمی را مورد بررسی قرار دادند. نتایج نشان داد که برآیند کیفیت زندگی در بعد درد بدنی در این بیماران کاهش یافته بود [۴۵].

## کیفیت زندگی در بعد عملکرد اجتماعی:

---

<sup>1</sup> Woodend, Kirsten et al

<sup>2</sup> Davis et al

میانگین نمره عملکرد اجتماعی در گروه مورد قبل از مداخله از  $88/6 \pm 19/99$  به  $95/5 \pm 12/3$  رسید که افزایش معنی داری داشته است ( $P < 0/05$ ). میانگین نمره عملکرد اجتماعی در گروه شاهد در طی دوره مطالعه کاهش داشته و از  $95/8 \pm 10/4$  به  $94/3 \pm 12/1$  رسید ولی این کاهش معنی دار نبوده است ( $P > 0/05$ ). با استفاده از آزمون کوواریانس جهت مقایسه روند تغییرات نمره عملکرد اجتماعی در دو گروه تفاوت معنی داری مشاهده شد ( $p = 0/150$  و  $F = 2/11$ ). کرستن و دن و همکاران<sup>۱</sup> (۲۰۰۸) نشان دادند عملکرد اجتماعی در گروه مداخله افزایش بیشتری را نسبت به گروه شاهد داشتند [۳۶]. نتایج پژوهش حاضر در بعد عملکرد اجتماعی در گروه مداخله نسبت به گروه شاهد، افزایش داشت که با نتایج این مطالعه، همخوانی دارد. ونگ و همکاران<sup>۲</sup> (۲۰۱۰) در مطالعه ۸ ماهه خود بر روی بیماران ایدزی، پرداختند. بر حسب نتایج آنها، بعد اجتماعی کیفیت زندگی، در گروه مداخله نسبت به گروه شاهد، افزایش داشته است. [۲۸]. در این مطالعه به جنبه های اجتماعی بیماران، پرداخته شده و مداخله تلفنی باعث افزایش نمره کیفیت زندگی در بعد اجتماعی در گروه مداخله نسبت به گروه شاهد شده است که همسو با مطالعه حاضر می باشد. لوازو و همکاران<sup>۳</sup> (۲۰۱۰) نشان دادند، پرستاری از راه دور در بیماران قلبی، باعث افزایش کیفیت زندگی می گردد. در این مطالعه کیفیت زندگی در بعد اجتماعی، در گروه مداخله نسبت به گروه شاهد، افزایش داشت که این نتایج در راستای نتایج پژوهش ما می باشد [۴۰]. هنسن و همکاران<sup>۴</sup> (۲۰۰۹) نیز با استفاده از پرستاری از راه دور نشان دادند که کیفیت زندگی بیماران افزایش می یابد [۴۳].

### کیفیت زندگی در بعد نیرو و انرژی

میانگین نمره نیرو در گروه مورد بعد از مداخله افزایش معنی داری داشته است ( $P < 0/05$ ). میانگین نمره نیرو در گروه شاهد در طی دوره مطالعه کاهش معنی داری داشته است ( $P < 0/05$ ). با

<sup>1</sup> Woodend, Kirsten et al

<sup>2</sup> Wang et al

<sup>3</sup> lavazzo et al

<sup>4</sup> Hanssen, et al

استفاده از آزمون کوواریانس جهت مقایسه روند تغییرات نمره نیرو در دو گروه تفاوت معنی داری مشاهده شد ( $p=0/000$  و  $F=112/58$ ).

از آنجایی که مقالات مورد جستجو به طور مستقیم به بحث نیرو و انرژی پرداخته بودند مقاله ای در این مورد آورده نشد.

### کیفیت زندگی در بعد نقش جسمانی:

میانگین نمره نقش جسمانی در گروه مورد قبل از مداخله از  $51/6 \pm 24/1$  بود و بعد از مداخله به  $67/6 \pm 26/5$  رسید که بعد از مداخله افزایش معنی داری داشته است ( $P < 0/05$ ). میانگین نمره نقش جسمانی در گروه شاهد در طی دوره مطالعه کاهش داشته و از  $51/5 \pm 13/05$  به  $49/5 \pm 3/6$  رسید ولی این کاهش معنی دار نبوده است ( $P > 0/05$ ).

با استفاده از آزمون کوواریانس جهت مقایسه روند تغییرات نمره نقش جسمانی در دو گروه تفاوت معنی داری مشاهده شد ( $p=0/001$  و  $F=21/9$ ).

### نتیجه گیری:

با توجه به نتایج حاصل از پژوهش حاضر و مطالعات ذکر شده، پرستاری از راه دور، موجب ارتقای سطح کیفیت زندگی با ابعاد مختلف، در بیماران شده است. بنابراین می توان از این روش، جهت پیگیری، تقویت فرآیند خود مراقبتی و بهبود کیفیت زندگی بیماران و افزایش دسترسی به خدمات سلامتی و کاهش حضور غیر ضروری در بخش اورژانس و مطب پزشکان، به خصوص برای افرادی که در روستا زندگی می کنند و یا بیمارانی با وضعیت سلامتی مختل یا وضعیت های مزمن نظیر فیبریلاسیون دهلیزی دارند، استفاده کرد. پرستاری از راه دور را ه را برای پرستاری بهتر فراهم می آورد و باعث افزایش سطح سلامت افراد جامعه با هزینه کمتر و روش آسانتر، می گردد.

## محدودیت های پژوهش:

بیماریهای مختلفی غیر از بیماری فعلی، در روند کیفیت زندگی بیماران دخالت داشت، تعیین دقیق کاهش میزان هزینه های درمانی برای بیماران در صورت استفاده از این روش امکان پذیر نبود. بیماران مراجعه کننده همگن نبودند، هم از روستا و هم از مراکز شهری مراجعه می کردند که از منابع حمایتی متفاوتی برخوردار بودند، و عدم بررسی تعداد مراجعه به مطب و درمانگاه های تخصصی و آموزش های فرا گرفته شده از تلویزیون، کتاب ها، نشریات، پزشکان و دیگر افراد کادر بهداشتی درمانی و تاثیر آن در روند پرستاری از راه دور را می توان از محدودیت های مطالعه حاضر دانست.

## پیشنهادهای:

- ۱- بررسی رضایتمندی بیماران و خانواده های ایشان در خصوص پرستاری از راه دور در بیماران مبتلا به فیبریلاسیون دهلیزی.
- ۲- بررسی میزان هزینه اثر بخشی در خصوص پرستاری از راه دور در بیماران مبتلا به فیبریلاسیون دهلیزی.
- ۳- بررسی دیدگاه پزشکان و مراکز ارائه مراقبت های درمانی در خصوص پرستاری از راه دور در بیماران مبتلا به فیبریلاسیون دهلیزی.
- ۴- بررسی تاثیر پرستاری از راه دور در بیماران مبتلا به فیبریلاسیون دهلیزی در کل استان.
- ۵- بررسی تاثیر پرستاری از راه دور بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سایر آریتمی های قلبی.
- ۶- مقایسه روش استفاده از تلفن ثابت و همراه با پیامک و اینترنت در کیفیت زندگی بیماران مبتلا به فیبریلاسیون دهلیزی.
- ۷- بررسی تاثیر پرستاری از راه دور در همه بیماران قلبی.

۸-مقایسه تاثیر پرستاری از راه دور بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به فیبریلاسیون دهلیزی طی مدت سه ماه و یکسال .

#### منابع:

- ۱-Mann DL ،Zipes DP, Libby P, Bonow RO,Bonow OR,Braunwald E. Braunwald's heart disease: a textbook of cardiovascular medicine,londen: Elsevier Health Sciences;2015 .
- ۲-Berenfeld O, Toward discerning the mechanisms of atrial fibrillation from surface electrocardiogram and spectral analysis. Journal of electrocardiology. 2010; 43(6): 509-514.
- ۳-قیداری م،د موعظی ک، مشکاتی فرهانی ز، پاینده ا،رمضان خانی ع. تحلیل سری های زمانی الکتروکاردیوگرام سطحی قلب در بیماری.مجله علمی دانشگاه کردستان .۱۳۸۹؛دوره ۱۵ شماره ۳(۵۷):۸۱-،۸۸
- ۴-Harrison TR,Resnick WR,Wintrobe MM,Thorn GW,Adams RD,Beeson PB, et al . Harrisons Principles of Internal Medicine Self-Assessment and Board Review. 18th Edition: McGraw Hill Professional; 2015.
- ۵-Chien K, Su TC, Hsu HC. Atrial fibrillation prevalence incidence and risk of stroke and all-cause death among Chinese. International journal of cardiology, 2010; 139(2): 173-180.
- ۶-Caterina R , Husted S, Wallenti L, Andreotti F, Arnesen H, Bachmann F.New oral anticoagulants in atrial fibrillation and acute coronary syndromes: ESC Working Group on Thrombosis—Task Force on Anticoagulants in Heart Disease position paper. Journal of the American College of Cardiology. 2012; 59(16): 1413-1425.
- ۷-Andreoli TE. Andreoli and Carpenter's Cecil essentials of medicine.londen: Elsevier Health Sciences; 2010.



- <sup>۸</sup>Nami MR, Saneipour J. Investigating an autonomous system in nursing. International Journal of Nursing and Midwifery. 2011; 3(6): 66-69.
- <sup>۹</sup>Kumar S, Snooks H. Telenursing..london: Springer; 2011.
- <sup>۱۰</sup>Black J, Hawks JH, Keene AM. Medical surgical nursing. United State of America: Elsevier Saunders; 2010.
- <sup>۱۱</sup> مسرت ا، صمدی ن، مهرنوش ن، محمدی ر، زالی م. پرستاری از راه دور گزینه ای مناسب جهت بهبود فرآیند آموزش به بیمار. مجله مراقبت و سلامت. ۱۳۹۰؛ ۱۳(۳): ۴۷-، ۵۲.
- <sup>۱۲</sup>Brandon AF, Schuessler JB, Ellison KJ, Ramona B. Lazenby N, The effects of an advanced practice nurse led telephone intervention on outcomes of patients with heart failure. Applied Nursing Research. 2009; 22(4): 1-7.
- <sup>۱۳</sup>Shearer NB, Cisar Nand EA, Greenberg B. A telephone-delivered empowerment intervention with patients diagnosed with heart failure. Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care. 2007; 36(3): 159-169.
- <sup>۱۴</sup>Peck A. Changing the face of standard nursing practice through telehealth and telenursing. Nursing administration quarterly. 2005; 29(4): 339-343.
- <sup>۱۵</sup>Curtis AJ. Health psychology.london: Psychology Press Routledge Ed1; 2000.p193.
- <sup>۱۶</sup>فتحی آشتیانی ع، عظیمی آشتیانی ه. روانشناسی سلامت. تهران: انتشارات بعثت؛ ۱۳۸۹.
- <sup>۱۷</sup>Inman D, Maxson PM, Myers J, Myers KM, Holland RP, Diane E. The Impact of Follow-Up Educational Telephone Calls on Patients after Radical Prostatectomy: Finding Value In Low-Margin Activities. Society of Urologic Nurses and Associates Urologic Nursing. 2011; 31 (2): 83-91.
- <sup>۱۸</sup>Gutierrez C and D, Blanchard G. Atrial fibrillation: diagnosis and treatment. Am Fam Physician. 2011; 83(1): 61-68.
- <sup>۱۹</sup>Dumtteriu D, telemedicine and telenursing—reality or science fiction? Acta Medica Transilvanica. 2014; 19(3).

۲۰-اسدی نوقابی ا ع،مولایی س ،دهقان نیری ن .بررسی تاثیر مشاوره تلفنی بر تداوم درمان با اینترفرون و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به هپاتیت مزمن.تهران :دانشگاه علوم پزشکی تهران دانشکده پرستاری و مامایی؛۱۳۸۷. ۱۴۲ص.

۲۱-رهنورد ز،باقری ا.مقایسه تاثیر آموزش مبتنی بر تئوری یادگیری بزرگسالان با و بدون پیگیری تلفنی توسط پرستار بر رفتار های خود مدیریتی بیماران مصروع .تهران:دانشگاه علوم پزشکی تهران دانشکده پرستاری؛۱۳۹۱. ۱۲۳ص.

۲۲-قنبری ا،مومنی م.کیفیت زندگی با نگاهی به مفهوم و اندازه گیری آن چاپ اول .رشت:انتشارات بلور؛۱۳۹۳.

۲۳-چنگیزی ع،میرزایی ا،ضیغمی ر. بررسی تاثیر الگوی توانمندسازی خانواده محور بر کیفیت زندگی بیماران تحت پیوند عروق کرونر.قزوین :دانشگاه علوم پزشکی قزوین دانشکده پرستاری و مامایی؛۱۳۹۳. ۹۱ص.

۲۴-Kuyken W,Orley J,Sartorius N,Power M,Herrmen H,Schofield H et al. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. Social science & medicine. 1995; 41(10): 1403-1409.

۲۵-Strauss AL. Chronic illness and the quality of life.london: Mosby Incorporated; 1984.

۲۶-Cella D and C, Nowinski J. Measuring quality of life in chronic illness: the functional assessment of chronic illness therapy measurement system. Archives of physical medicine and rehabilitation. 2002; 83:10-17.

۲۷-Ferrans CE, Zerwic JJ, Wilbur JE.Larson JL. Conceptual model of health-related quality of life. Journal of Nursing Scholarship. 2005; 37(4): 336-342.

۲۸-Wang H, Zhou J, Huang L, Li x,Fennie KP,Williams AB.Effects of nurse-delivered home visits combined with telephone calls on medication

adherence and quality of life in HIV-infected heroin users in Hunan of China. Journal of clinical nursing, 2010; 19(3-4): 380-388.

۲۹-Braun E, Baidusi A, Alroy G, Azzam ZS. Telephone follow-up improves patients satisfaction following hospital discharge. European Journal of Internal Medicine. 2009; 20(2): 221-225.

۳۰-برهانی ف، رنجبر ه، عباس زاده ع، اباذری ف، رنجبر ا. بررسی تاثیر پرستاری از راه دور

برقند خون گلیکوزیله بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲. ۱۳۹۲؛ ۱۱(۲): ۱۳۰-۱۳۷

۳۱-ذاکری مقدم م، بصام پورم، رجب س، فقیه زاده س، نثاری م. تاثیر پیگیری تلفنی توسط

پرستار بر میزان تبعیت از رژیم غذایی دیابتی در مبتلایان به دیابت نوع ۲.

حیات. ۱۳۸۷؛ ۱۴(۲): ۶۳-۷۱

۳۲-Dorian P, Jung W, Newman D, Jung W, Newman D, Paquette M, et al. The impairment of health-related quality of life in patients with intermittent atrial fibrillation: implications for the assessment of investigational therapy. Journal of the American College of Cardiology. 2000; 36(4): 1303-1309.

۳۳-Montazeri A, Goshtasebi A, Vahdaninia M, Gandek B. The Short Form Health Survey (SF-36): translation and validation study of the Iranian version. Quality of life research. 2005; 14(3): 875-882.

۳۴-Eshaghi SR, Ramezani MA, Shahsanaee A, Pooya A. Validity and reliability of the Short Form-36 Items questionnaire as a measure of quality of life in elderly Iranian population. American Journal of Applied Sciences. 2006; 3(3): 1763-1766

۳۵-Ware Jr, Sherbourne CD, The MOS 36-item short-form health survey (SF-36): I Conceptual framework and item selection. Medical care. 1992; 30(6): 473-483

۳۶-Woodend AK, Sherrard H, Fraser M, Stuewe L, Cheung T, Struthers C. Telehome monitoring in patients with cardiac disease who are at high risk of readmission. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care*. 2008; 37(1): 36-45.

۳۷-گودرزی م، سرمدی م، سرمدی س. بررسی تاثیر آموزش از طریق سرویس پیام کوتاه تلفن همراه بر خودکارآمدی و هموگلوبین گلیکوزیله بیماران مبتلا به دیابت نوع دو. *مجله مراقبت های پیشگیرانه در پرستاری و مامایی*. ۱۳۹۳؛ ۴(۲): ۱-۱۳.

۳۸-شجاعی ات، نادری ن. ارزیابی تاثیر آموزش و پیگیری تلفنی بیمار توسط پرستاری بر بیماران نارسایی قلبی. *مجله آموزش پرستاری*. ۱۳۹۲؛ ۳(۲): ۱۶-۱۸.

۳۹-Helde G, Bovim G, Bråthen G, Brodtkorb E. A structured . nurse-led intervention program improves quality of life in patients with epilepsy: a randomized controlled trial. *Epilepsy & Behavior*. 2005; 7(3): 451-457.

۴۰-Iavazzo F, Cocchia P. Quality of life in people with heart failure: role of telenursing. *Professioni infermieristiche*. 2010; 64(4): 207-212.

۴۱-Davis MS, Harrison KL, Rice JF, Logan A, Hess B, Fine PG. A Model for Effective and Efficient Hospice Care: Proactive Telephone-Based Enhancement of Life through Excellent Caring, “TeleCaring” in Advanced Illness. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2015;(10): 1016.

۴۲-Kirsch SD, Wilson LS, Harkins M, Albin D, Delbeccaro MA. Feasibility of Using a Pediatric Call Center as Part of a Quality Improvement Effort to Prevent Hospital Readmission. *Journal of pediatric nursing*, 2015; 30(2): 333–337.

۴۳-Hanssen, TA, Nordrehaug JE, Eide GE, Hanestad BR. Does a telephone follow-up intervention for patients discharged with acute myocardial infarction have long-term effects on health-related quality of life? A randomised controlled trial. *Journal of clinical nursing*. 2009; 18(9): 1334-1345.

-٤٤ Walters J, Cameron H, Courtney H, Nelson M, Robinson A, Scott J ,et al. Supporting health behaviour change in chronic obstructive pulmonary disease with telephone health-mentoring: insights from a qualitative study. BMC Family Practice .2012;13(55):374-381.

-٤٥ Ramelet A, Fonjallaz B, Rapin J, Gueniat C, Hofer M. Impact of a Telenursing service on satisfaction and health outcomes of children with inflammatory rheumatic diseases and their families: a crossover randomized trial study protocol. BMC Pediatrics .2014; 14:151.

-٤٦ Kind A, Jensen L, Barczi S, Bridges A, Kordahi R, Smith MA et al. Low-Cost Transitional Care With Nurse Managers Making Mostly Phone Contact With Patients Cut Rehospitalization At A VA Hospital. Health Aff (Millwood). 2012 December ; 31(12): 2659–2668.

-٤٧ Petite T, Narsavage G, Chen Y, Coole C, Forth T, Frick KD. Feasibility Study: Home Telemonitoring for Patients With Lung Cancer in a Mountainous Rural Area. Oncol Nurs Forum. 2014 March 1; 41(2): 153–161.

-٤٨ Donovan H , Ward S, Sereika S, Khapp JE, Shewood PR, Bender CM et al. Web-Based Symptom Management for Women with Recurrent Ovarian Cancer: A Pilot Randomized Controlled Trial of the WRITE Symptoms Intervention. J Pain Symptom Manage. 2014 February ; 47(2): 218–230.

## پیوست:

رضایت نامه آگاهانه

خانم/آقای محترم

از شما دعوت می شود تا در این پروژه پژوهشی شرکت نمایید ما اهمیت بالقوه این پژوهش را باور داریم ،اما با این حال قبل از آنکه شما تصمیم بگیرید در این پروژه شرکت کنید یا خیر ،نیاز داریم مطمئن شویم که شما از دلیل انجام پژوهش اطلاع کامل دارید و به منافع این مطالعه پی برده اید ،لطفا این متن را به دقت بخوانید و هر سوالی که دارید با اطمینان بپرسید و اگر تمایل دارید ،با خویشاوندان ،دوستان و یا هر فرد دیگر به بحث و تبادل نظر بپردازید ،ما سعی خواهیم کرد تا بهترین توضیح را ارائه دهیم و چنانچه اطلاعات بیشتری بخواهید چه در حال ،چه در آینده فراهم آوریم شما مجبور به اخذ یک تصمیم

فوری نیستید

اینجانب.....شخصاً رضایت قلبی خود را مبنی بر شرکت خود در این پژوهش بعنوان نمونه مطالعه اعلام نموده و موارد ذیل مورد تایید من می باشد:

۱- من مطلع ام که مجری محترم بنام مهدی نجفی دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری مراقبت های ویژه دانشگاه علوم پزشکی قزوین می باشد و مجری متن اجازه پژوهش را به من نشان داده اند.

۲- من مطلع ام که هدف این تحقیق بررسی تاثیر پیگیری توسط پرستاری از راه دور بر کیفیت زندگی و بستری مجدد بیماران مبتلا به فیبریلاسیون دهلیزی می باشد و مجری روش انجام پژوهش و نحوه انتخاب من به عنوان نمونه را در این پژوهش به من شرح دادند

ضمناً به من مهلت داده اند تا ظرف دو ساعت نظر خود را پس از مشورت با هر کسی که مایل هستم، مبنی بر شرکت یا میل خود و کاملاً اختیاری یا عدم شرکت در این پژوهش مذکور اعلام نمایم.

۳- مجری منافع و فوائد بالقوه پژوهش مذکور شامل افزایش آگاهی در رابطه با بیماری و داروها و عوارض آنها و همچنین این پژوهش هیچ خطر احتمالی برای من ندارد را یادآور شده اند.

۴- اینجانب می دانم که اطلاعات شخصی من صرفاً نزد محقق این تحقیق قرار دارد و این تحقیق به هیچ عنوان اجازه انتشار اطلاعات شخصی من را ندارد و فقط نتایج کلی و گروهی این تحقیق را می تواند بصورت مقاله، گزارش و از این قبیل منتشر نماید.

۵- مجری شماره تماس خود را در اختیارم گذاشته تا هر وقت کوچکترین مشکلی و یا سوالی در رابطه با شرکت من در این پژوهش مذکور پیش آمد با ایشان در میان بگذارم و راهنمایی بخواهم و یا از آخرین اطلاعات در خصوص وضعیت خاص خود در حین مطالعه آگاهی یابم

۶-مجری به من تفهیم کردند که اگر شکایتی از ایشان و یا همکاران و یا روند مطالعه دارم را می توانم به کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی قزوین به صورت شفاهی و یا کتبی شکایت نمایم



## پرسشنامه مشخصات جمعیت شناختی

با سلام

پرسشنامه حاضر جهت گرد آوری اطلاعات به منظور انجام طرح پژوهش با عنوان بررسی تاثیر پرستاری از راه دور بر کیفیت زندگی و بستری مجدد بیماران فیبریلاسیون دهلیزی می باشد در صورت رضایت پرسشنامه حاضر را تکمیل نمایید پژوهشگر قبلا از همکاری شما کمال تشکر را دارد لازم به ذکر است که کلیه پاسخ های شما به صورت محرمانه خواهد ماند .

### مشخصات بیمار

شماره بر روی پرسشنامه کیفیت زندگی)

نام و نام خانوادگی : شماره تماس و آدرس

سن .....سال	جنس :زن	مرد
وضعیت تاهل :مجرد	متاهل	مطلقه
وضعیت اقتصادی :	بیوه	
خوب	متوسط	ضعیف
وزن	قد	شغل
سطح سواد:		
ابتدایی	راهنمایی	متوسطه
کارشناسی ارشد	دیپلم	کارشناسی
دکتری		
مدت ابتلا به بیماری .....ماه.....سال		

سابقه خانوادگی	بله	خیر
سابقه بستری در بیمارستان به علت بیماری	بله	خیر
دفعات		

داروهای مصرفی

# Iranian Version

## SF - 36 HEALTH SURVEY

دستورالعمل: این پرسشنامه شما را در مورد سلامتی خودتان بررسی می‌کند. این اطلاعات کمک می‌کند تا بتوان به ثبت احصایات شما و اینکه شما تا چه حدی توانایی انجام کارهای روزانه خود را دارید، اقدام کرد.  
به هر سؤال به همان شکلی که توضیح داده شده است، پاسخ دهید. اگر مطمئن نیستید که چگونه به یک سؤال پاسخ دهید، لطفاً بهترین پاسخ ممکن را انتخاب نمایید.

۱- بطور کلی، سلامتی خود را چگونه توصیف می‌نمایید.

۱	_____	حالی
۲	_____	بسیار خوب
۳	_____	خوب
۴	_____	متوسط
۵	_____	بد

۲- در مقایسه با سال گذشته بطور کلی سلامت خود را در حال حاضر چگونه ارزیابی می‌کنید.

۱	_____	بسیار بهتر از سال گذشته است
۲	_____	کمی بهتر از سال گذشته است
۳	_____	تقریباً مشابه سال گذشته است
۴	_____	کمی بدتر از سال گذشته است
۵	_____	بسیار بدتر از سال گذشته است

۳- موارد زیر شامل فعالیت‌هایی است که شما احتمالاً طی یک روز عادی انجام می‌دهید. آیا وضعیت سلامتی شما در حال حاضر این فعالیت‌ها را محدود کرده است؟ اگر چنین است به چه میزان؟  
(از هر ردیف یک عدد را مشخص نمایید)

فعالیت‌ها	بلا، بسیار محدود شده است	بلا کمی محدود شده است	خیر، اصلاً محدود نشده است
الف - فعالیتهای سنگین مثل دویدن، بلند کردن اجسام سنگین، شرکت در ورزشهای قدرتی	۱	۲	۳
ب - فعالیتهای متوسط مثل حرکت دادن یک میز، جابجایی جاروبرقی، انجام ورزشهای سبک	۱	۲	۳
ج - بلند کردن یا حمل خوراکیار منزل	۱	۲	۳
د - بالا رفتن از چند راهپله	۱	۲	۳
هـ - بالا رفتن از یک راهپله	۱	۲	۳
و - دولا شدن، زانو زدن یا خم شدن	۱	۲	۳
ز - راه رفتن برای بیش از یک کیلومتر	۱	۲	۳
ح - راه رفتن برای بیش از چند کوچه	۱	۲	۳
ط - راه رفتن برای بیش از یک کوچه	۱	۲	۳
ی - حمام کردن یا پوشیدن لباس	۱	۲	۳

۴- آیا طی ۴ هفته گذشته در کار و یا سایر فعالیت‌های روزمره، به علت وضعیت سلامتی جسمانی خود یکی از مشکلات زیر را داشته‌اید؟

(از هر ردیف یک عدد را مشخص نمایید)	بلا	خیر
الف - کاهش مدت زمانی که صرف کار یا سایر فعالیت‌ها نموده‌اید	۱	۲
ب - به کمتر از آنچه که تمایل داشته‌اید، دست یافته‌اید	۱	۲
ج - در انجام کارهایی خاص یا سایر فعالیت‌ها محدودیت داشته‌اید	۱	۲
د - در انجام کار یا سایر فعالیت‌ها دچار مشکل شده‌اید (مثلاً نیازمند تلاش بیشتری بوده‌اید)	۱	۲

۱  
به صفحه بعد مراجعه کنید

۵- آیا طی ۴ هفته گذشته در کار و یا سایر فعالیتهای روزمره، به علت مشکلات روحی خود یکی از مشکلات زیر را داشته‌اید؟ (از هر ردیف یک عدد را مشخص نمایید)

خیر	بله	
۲	۱	الف - کاهش مدت زمانی که صرف کار یا سایر فعالیتها نموده‌اید
۲	۱	ب - به کمتر از آنچه که تمایل داشته‌اید، دست یافته‌اید
۲	۱	ج - کار یا سایر فعالیتهای خود را با دقت معمول انجام نداده‌اید؟

۶- طی ۴ هفته گذشته سلامت جسمانی یا مشکلات روحی شما تا چه حدی فعالیتهای معمول اجتماعی شما را در رابطه با خانواده، دوستان، همسایگان یا مردم مختل کرده بود؟

(یکی را مشخص نمایید)

۱	اصلاً.....
۲	کمی.....
۳	تا حدی.....
۴	زیاد.....
۵	خیلی زیاد.....

(یکی را مشخص نمایید)

۷- طی ۴ هفته گذشته چقدر درد داشته‌اید؟

۱	اصلاً.....
۲	بسیار کم.....
۳	کم.....
۴	تا حدی.....
۵	شدید.....
۶	بسیار شدید.....

۸- طی ۴ هفته گذشته درد تا چه حد در کار معمولی و همیشگی شما اختلال ایجاد کرده بود (هم کار خارج از منزل و هم کار منزل)؟ (یکی را مشخص نمایید)

۱	اصلاً.....
۲	کمی.....
۳	تا حدی.....
۴	زیاد.....
۵	بسیار زیاد.....

۹- این پرسشها مربوط به احساسات و وضعیت شما طی ۴ هفته گذشته است. لطفاً برای هر سؤال نزدیکترین پاسخ به احساس خود را انتخاب کنید، چه مدتی طی ۴ هفته گذشته:

تمام اوقات	اغلب اوقات	خیلی وقتها	بعضی وقتها	به ندرت	هیچ وقت	
۱	۲	۳	۴	۵	۶	الف - فردی سرحال و سرزنده بوده‌اید؟
۱	۲	۳	۴	۵	۶	ب - فردی بسیار عصبی بوده‌اید؟
۱	۲	۳	۴	۵	۶	ج - به حدی غمگین بوده‌اید که هیچ چیزی شما را شاد نمی‌کرده است؟
۱	۲	۳	۴	۵	۶	د - احساس آرامش و امنیت داشته‌اید؟
۱	۲	۳	۴	۵	۶	هـ - خود را پراز انرژی احساس می‌کرده‌اید؟
۱	۲	۳	۴	۵	۶	و - خود را غمگین و افسرده احساس می‌کرده‌اید؟
۱	۲	۳	۴	۵	۶	ز - احساس ضعف بیش از حد می‌کرده‌اید؟
۱	۲	۳	۴	۵	۶	ح - فردی شاد بوده‌اید؟
۱	۲	۳	۴	۵	۶	ط - احساس خستگی می‌کرده‌اید؟

۲

به صفحه بعد مراجعه کنید

۱۰- طی ۴ هفته گذشته، وضعیت جسمانی یا مشکلات روحی چه مدتی فعالیت‌های اجتماعی شما را مختل کرده بود (مثل دیدار دوستان، بستگان و غیره)؟  
(یکی را مشخص نمایید)

۱ ..... تمام اوقات  
۲ ..... بیشتر اوقات  
۳ ..... بعضی اوقات  
۴ ..... بندرت  
۵ ..... هیچ وقت

۱۱- هر کدام از عبارات زیر تا چه حدی در مورد شما درست یا نادرست است؟  
(از هر ردیف یک عدد را مشخص نمایید)

کاملاً نادرست است	تا حدود زیادی نادرست است	نمی‌دانم	تا حدود زیادی درست است	کاملاً درست است	
۵	۴	۳	۲	۱	الف - به نظر می‌رسد که من نسبت به دیگر افراد راحت‌تر مبتلا به بیماری می‌شوم
۵	۴	۳	۲	۱	ب - سلامتی من مثل دیگر افرادی است که می‌شناسم
۵	۴	۳	۲	۱	ج - انتظار دارم که وضع سلامتی‌ام بدتر شود
۵	۴	۳	۲	۱	د - وضعیت سلامتی من عالی است

۱- تمامی حقوق برای Medical Outcom Trust محفوظ است.  
۲- استفاده از این نسخه برای پژوهش‌های علمی در ایران منوط به اجازه کتبی از پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی است. ©



Qazvin University of Medical Sciences

School of Nursing & Midwifery

Thesis submitted to achieve the Degree of M. Sc..

In

Critical Care Nursing

Title

Effect performance telenursing on quality of life in patient with atrial  
fibrillation referred in educational hospital of Qazvin

Under supervision of:

Dr Leili Yeke fallah

Advisers:

Akram Shahrokhi

Dr Hamid Reza Javadi

Dr Asghar Mohamadpoor asl

By:

Mehdi Najafi

Julay 2015

## **Abstract**

**Background :** Atrial fibrillation is the most common sustained cardiac arrhythmia And 1% of the population are affected by this disorder. Long duration of therapy Education requires constant pursuit

With modern techniques, such as tele nursing can be achieved it

**objective :** This study was performed to access the Effect tele nursing on quality of life in patients with Atrial fibrillation

**Methods:** this quasi-experimental study was conducted in 2014. in this study 100 Patients with atrial fibrillation with Simple sampling method were randomly divided into two groups; experimental (50) and control(50).in experimental group telephone call was 12 weeks subsequently using SF-36 form ,the level of quality of life was measured in the two groups at the beginning and the end of the study .the data was analyzed by using t-test and t couple

**Finding:** in intervention group, score mean of quality of life before intervention was 64.88that after intervention reached to ( 76.14)that was increased ( $p<0/0001$ )and in control group score mean before intervention was  $62/6 \pm 9/$  that after intervention reached to  $60/0 \pm 6/95$

**Conclusion:** our study results showed that using telenursing can increase level of quality of life and Better make way for nursing

**Keywords:** telenursing , quality of life, atrial fibrillation

